

Reinhard Krüger (2020, unveröffentlichtes Manuskript, Stand 21.4.2020. wird in Teilen veröffentlicht in der Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie)

E-mail: krueger.reinhard@htp-tel.de, Telefon : 0049-(0)511/731668

## **Psychodramatische Therapie, Beratung und Supervision per Videokamera in der Zeit der Corona-Krise**

### **Zusammenfassung**

Die psychodramatische Arbeit über Video erschließt in der Zeit der Corona-Krise neue Möglichkeiten für die Psychotherapie, Beratung und Supervision. Der Aufsatz beschreibt die technischen Voraussetzungen und Besonderheiten der Begegnung mithilfe der Videokamera über das Internet. Der gemeinsame psychodramatische Aktionsraum befindet sich dabei im Zimmer oder auf dem Tisch des Patienten oder Klienten. Der Autor gibt erste Antworten auf die Fragen: Was ist bei der Begegnung per Video ähnlich wie in der realen persönlichen Begegnung? Was ist aber auch anders? Worauf ist bei der Arbeit über Video speziell zu achten? Wie wendet die Therapeutin oder Beraterin die verschiedenen Psychodramatechniken in der Psychotherapie, in der Beratung, in der Supervision oder in der Gruppentherapie an?

### **Inhalt:**

1. Die therapeutische Beziehung in der Zeit der Kontaktverbote in der Corona-Krise, Seite 1
2. Technische Maßnahmen und Voraussetzungen für die Therapie und Supervision per Video, Seite 3
3. Allgemeine Empfehlungen für Therapeutinnen und Therapeuten bei der Psychotherapie per Video, Seite 4
4. Der therapeutische Umgang mit potenziell traumatischen Erlebnissen in der Corona-Krise, Seite 7
  - 4.1 Der Umgang mit real begründeten Ängsten, Seite 8
  - 4.2 Die Zwei-Stühle-Technik im Umgang mit traumatisierenden Ängsten in der Corona-Krise, Seite 8
  - 4.3. Selbststabilisierungstechniken, Seite 10
  - 4.4 Das psychodramatische Antworten, Seite 12
- 5 Der Affekt der Therapeutin als Mittel der Orientierung, Seite 13
- 6 Die Anwendung von Psychodramatechniken per Video, S. 15
  - 6.1 Der psychodramatische Dialog mit seinen sechs Schritten, Seite 15
  - 6.2 Das Arbeiten mit der Tischbühne, Seite 17
  - 6.3 Die systemische Familienaufstellung, Seite 17
  - 6.4 Der psychodramatische Dialog mit dem inneren verlassenen Kind, S. 18
  - 6.5 Störungen in der therapeutischen Beziehung, Seite 18
  - 6.6 Techniken, die der Patient zu Hause allein ausführen kann, S. 18
- 7 Gruppenselbsterfahrung über Video, Seite 18

8 Supervision über Video mit dem psychodramatischen Dialog, Seite 20

8.1 Einzelsupervision, Seite 20

8.2 Gruppensupervision

9 Fragen für die psychodramatische Arbeit über das Internet, Seite 2210 Aufforderung zum Austausch und zur Kooperation, S. 2211 Literatur, Seite 2212 Anhänge 2212.1. Die 12 Schritte der „Psychodramatischen Selbstsupervision“ Seite 2212.2 Die Schritte 13-17 der psychodramatische Selbstsupervision Seite 2413.3 Anhang: Zertifizierte, datensichere Anbieter für Videosprechstunden**1 Die therapeutische Beziehung in der Zeit der Kontaktverbote in der Corona-Krise**

Die Corona-Krise stresst uns selbst und unsere Patientinnen und Patienten. Als Psychotherapeut und Psychiater mit 76 Lebensjahren gehöre ich der Risikogruppe der Alten an. Ich habe wegen der allgemeinen Kontaktsperre für die nächste Zeit die Termine mit meinen Patienten abgesagt. In mir entstand danach zunächst ein merkwürdiges Gefühl von Leere. Ich merkte, es stimmt daran etwas nicht. Ich mag nicht einfach abtauchen, denn ich fühle mich mit meinen Patienten innerlich verbunden. Das Absagen ist für mich nicht nur ein technischer Vorgang, es ruft in mir auch Emotionen hervor. Es verändert die Beziehung zu meinen PatientInnen und gefährdet sie potenziell.

Ich entschied mich deshalb, meinen Patientinnen und Patienten einen Brief zu schreiben. Darin machte ich Vorschläge, wie sie in dieser Corona-Krise mit sich selbst umgehen können. Ich teilte ihnen zwei Telefonzeiten von einer halben Stunde in der Woche mit, in denen sie mich sprechen *können*. Sie können in diesen Zeiten mit mir ein längeres Telefongespräch oder ein Gespräch per Video vereinbaren. Ich habe einige PatientInnen, die sich von sich aus *nicht melden*, die den Kontakt aber brauchen. Ich habe diese von mir aus direkt gebeten, mit mir telefonisch oder per Video Gespräche zu führen.

Bei einer Terminabsage wegen der Corona-Krise ist es meiner Ansicht nach wichtig, den Patienten weiter Gespräche per Telefon oder Video anzubieten. Aller Erfahrung nach wirkt schon allein das Angebot therapeutisch. Es gibt dem Patienten in einer eventuellen persönlichen Krise *die Möglichkeit, zu handeln* und sich zu helfen. Die Möglichkeit zu handeln nimmt einer potenziell traumatisierenden Situation die traumatisierende Qualität.

1. Das Gesprächsangebot kann eventuell die *Aktualisierung eines Beziehungstraumas* aus der Kindheit (Verlassenheit, Beziehungsabbruch, Ausgeschlossen werden aus der Gemeinschaft) durch den aktuellen Verlust der therapeutischen Beziehung verhindern.
2. Die Beschwerden von Patienten mindern sich schon allein durch eine gute Beziehung mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten um mindestens 30 Prozent. Das ist aus positiven Übertragungsbeziehungen bekannt. Solche Symptomverbesserungen sind aber nicht stabil. Die Symptome können wieder auftreten, wenn die Therapie vorzeitig beendet oder unterbrochen wird, wie während der Kontaktsperre.

3. Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung ist für unsere Patientinnen und Patienten meiner Erfahrung nach oft viel größer, als wir Therapeutinnen und Therapeuten es selbst glauben. Das ist auch der Grund, warum es Balintgruppen gibt. Wir TherapeutInnen werden im Laufe des ersten halben Jahres zu einem Teil des sozialen Atoms unserer PatientInnen. Sie können als Leserin oder Leser selbst die eigene Bedeutung für ihre PatientInnen oder KlientInnen erkennen, wenn sie mit ihrem „Patienten“ eine psychodramatische Selbstsupervision (siehe Anhang, Krüger, 2015, S. 36 ff.) machen und Ihre Bedeutung für den „Patienten“ im Rollentausch prüfen.

Ich selbst habe mir Ende März 2020 eine Videokamera für meinen Computer gekauft, um mit Patienten, Supervisanden und mit meinen Familienangehörigen per Internet zu kommunizieren. Eine gute Kamera kostet ungefähr 90 Euro. Sie ist aber oft auch schon in dem Bildschirm des Laptops oder des PC mit enthalten. Die Einrichtung des PC und die Einführung durch einen Fachmann dauern etwa eine Stunde. Eine *Unterhaltung per Internet und Video* ist anders als die persönliche reale Begegnung. Der intuitive Gesamteindruck und die körperliche Präsenz des anderen fehlen oder sind eingeengt. Die vielen kleinen Handlungen vor und nach dem eigentlichen Gespräch entfallen. In einer Gruppe entfallen wichtige Nebengespräche in den Pausen. Es scheint insgesamt schwerer zu sein, intuitiv zu erkennen, ob es dem anderen gerade gut oder schlecht geht und was sie oder ihn emotional erreicht. Trotzdem ist ein Videogespräch mehr als ein Gespräch über Telefon. Es ist emotional dichter und komplexer. *Beim Telefonieren* sehe ich *innerlich* ein eher statisches Bild des anderen vor mir. Ich höre vor allem den Sprachinhalten zu und achte auf die Klangmodulation der Stimme des anderen. Bei einer Unterhaltung per Video aber sehe ich während des Gesprächs die mimischen Aktionen und Reaktionen des anderen in Bewegung. Auch kann ich per Video mitvollziehen und überprüfen, wie der Patient oder Klient aktuell die psychodramatischen Aktionen in seinem Zimmer anwendet. Das geht nicht per Telefon.

## **2. Technische Maßnahmen und Voraussetzungen für die Therapie, Beratung und Supervision per Video**

1. Die Therapeutin oder der Therapeut sollte auf den *Datenschutz während der Videoarbeit achten*. Viele TherapeutInnen kommunizieren deshalb *nicht über Skype*. Fachleute sagen, dass die Firma Skype den Computer auskundschaften kann, wenn man skypet. Bei zoom.us ist man angeblich besser geschützt, aber auch nicht sicher. Bei zoom.us gibt es aber mehr technische Möglichkeiten der Kommunikation. Man kann zum Beispiel dem anderen etwas auf eine Tafel zeichnen oder sogar ganze Konferenzen abhalten. Man kann mit einem Klick den, der gerade spricht, auf dem Bildschirm groß darstellen. Das ist für Gruppenarbeit *mit Psychodramatechniken per Video* von großer Bedeutung. Die GruppenteilnehmerInnen können die Arbeit eines Protagonisten besser mitverfolgen.

Die *Krankenkassen bezahlen* die Psychotherapien von Patienten und Patientinnen in Deutschland nur dann, wenn die Therapie über einen zertifizierten datensicheren Anbieter läuft, zum Beispiel über red medical video (siehe die Liste im Anhang). Fragen Sie bei Bedarf bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nach!

2. Die Therapeutin bespricht mit dem Patienten per Video am Anfang das *Thema Schweigepflicht mit dem Patienten (Mona Fritzsche 2020, mündliche Mitteilung)*: 1. Der Patient soll zustimmen, dass er selbst die Verantwortung für die Datensicherheit trägt. 2. Der Patient sorgt dafür, dass keiner *in seiner Wohnung* sein Gespräch mit der Therapeutin mithört.
3. Die Therapeutin garantiert, dass *in ihrer Wohnung* keiner das Gespräch mithört.
4. Kinder,

Partner oder Haustiere des Patienten sollen in seinem Zimmer nicht mit in die Begegnung eintreten. Der Patient muss den Raum eventuell abschließen. 5. Der Patient bestätigt die allgemeine Schweigepflicht der Therapeutin gegenüber, die Therapeutin bestätigt sie dem Patienten gegenüber.

4. Es kann sein, dass die *Bildqualität oder Tonqualität in der Videotherapie schlecht* ist. Das liegt dann meistens an der Kamera des Patienten oder der Therapeutin oder einer ungeschickten Handhabung. Die Therapeutin macht den Patienten in einem solchen Fall auf die schlechte Videübertragung aufmerksam. Der Ton der Übertragung wird bei einer größeren Distanz des Patienten zum Mikrophon im Bildschirm eventuell sehr schlecht. Die Therapeutin empfiehlt dem Patienten gegebenenfalls, sich eine *zusätzliche Video-Kamera* für ihren Laptop oder PC oder ein *zusätzliches Mikrophon* oder Lautsprecher zu kaufen. Sie kosten jeweils weniger als eine Therapie- oder Beratungsstunde und sind auch für andere Zwecke von Vorteil.

*Das Bild und der Ton können beim Skypen haken.* Ein Grund kann dafür auch sein, dass der Internetzugang des Patienten zu wenig Übertragungskapazität hat. Die Arbeit mit zoom.us hat in einem solchen Fall technische Vorteile gegenüber Skype: 1. Das Bild verkleinert sich bei einer nicht ausreichenden Netzqualität von allein. 2. Wenn das Bild stehenbleibt, läuft die Sprache weiter.

**5. Die Therapeutin oder Beraterin muss selbst einen großen Bildschirm** haben. Gut ist z.B. eine Größe von 60 mal 35 Zentimeter. **Der Patient** dagegen kann den Bildschirm seines Laptops benutzen. Oder zur Not sogar auch nur sein Smartphone. Auch das geht. Wenn der Bildschirm der Therapeutin zu klein ist, sieht die Therapeutin das Zimmer auf der Seite des Patienten nicht ausreichend. Sie achtet dann automatisch *vor allem auf die Sprache* des Patienten und *setzt weniger Psychodramatechniken* ein. Eine Patientin von mir hat ein Smartphone apple S6 und hat darauf skype heruntergeladen. Sie hat meinen Skype-Namen RK und meine Email-Adresse unter Kontakte beim "Telefon" eingegeben und skype erlaubt, auf ihre Telefonkontakte auf dem Handy zuzugreifen. Außerdem hat sie mir von ihrem skype-account eine "Einladung" geschickt. Ich war überrascht, dass es mir sehr gut gelang, über ihr *kleines* Smartphone bei ihr in ihrem Zimmer Psychodramatechniken einzusetzen. Die Patientin stellte dazu in ihrem Zimmer drei Meter entfernt von der Smartphone-Kamera zwei Stühle auf für ihre Selbstrepräsentanz und ihre Objektrepräsentanz in ihrem Konflikt im Alltag. Sie führte mit ihrem Konfliktpartner in ihrem Zimmer nach meiner Anleitung per Video einen psychodramatischen Dialog mit Rollentausch.

**Zentraler Gedanke:** *Je kleiner der Bildschirm der Therapeutin ist, desto weniger kann sie in ihrer Vorstellung wirklich in den Raum des Patienten „mit hineingehen“. Die Therapeutin muss aber im Zimmer des Patienten den äußeren Raum zwischen dem Patienten und seinem Konfliktpartner wahrnehmen können, um den intuitiven Impuls zu spüren, eine Psychodramatechnik einzusetzen. Sie wird sich sonst automatisch nur auf die Sprache des Patienten konzentrieren.*

Sprache ist aber einhundert Mal schneller als psychodramatisches Handeln. Die Therapeutin nutzt, wenn sie nur redet, nicht die einzigartigen Möglichkeiten des Psychodramas. Das Besondere am psychodramatischen Handeln ist: 1. Es *verlangsamt* durch die *äußere* Arbeit an den inneren Bildern das Denken des Patienten. Das fördert spezifisch das Mentalisieren des Patienten und so auch das Durcharbeiten seiner Konflikte. Psychodramatisches Spielen ist Mentalisationsarbeit und braucht Zeit. 2. Die Psychodramatechniken verwirklichen die Werkzeuge des Mentalisierens *durch äußeres Handeln* (Krüger 2015, S. 29 ff.). Das ist ein *Alleinstellungsmerkmal des Psychodramas gegenüber anderen Psychotherapiemethoden*. Das gilt auch bei der Therapie per Video.

6. Der *Raum des Patienten soll groß genug* sein. Denn der Patient soll in seinem Raum einen psychodramatischen Dialog mit Rollentausch zwischen zwei Stühlen führen können. Oder er stellt mit einem Stuhl auch einen Ich-Zustand auf.

### **3 Allgemeine Empfehlungen für Therapeutinnen und Therapeuten bei der Psychotherapie per Video**

1. Man muss als Therapeut bei dem Umgang mit der Videotechnik *nicht alles gleich können oder schon alles wissen*. Das *gemeinsame Erproben* der Technik der Videotherapie von Therapeutin und Patient kann die Entwicklung von Spontaneität und Kreativität in der therapeutischen Beziehung fördern.

2. Der Patient soll auch in der Psychodramatherapie per Video den Aspekt des Schöpfers zum eigenen Leben gewinnen und *selbst* mithilfe der Psychodramatechniken die Kontrolle über seine Konfliktverarbeitung gewinnen. Die Therapeutin ist als Doppelgängerin die Kokreatorin im Prozess der Konfliktverarbeitung des Patienten. Beide zusammen verwirklichen im Spiel die natürlicherweise vorhandenen Werkzeuge ihrer inneren Konfliktverarbeitung als Psychodramatechniken (Krüger 2015, S. 29 ff.): 1. Das Benennen und Repräsentieren (innerer Szenenaufbau), 2. das Erinnern oder Planen (inneres Rollenspiel), 3. das Erkunden der Motivation des anderen und der eigenen Motivation (innerer Rollentausch) und 4. das Kreieren von Sinnzusammenhängen (innerer Szenenwechsel). *Das Repräsentieren des inneren Bildes des Patienten auf der äußeren Bühne findet bei der Videoarbeit im eigenen Zimmer des Patienten statt*, nicht im Zimmer der Therapeutin.

3. Die Therapeutin und der Patient entwickeln in der Psychotherapiestunde einen *gemeinsamen Fantasie- oder Vorstellungsraum*. Bei der Arbeit per Video entsteht der gemeinsame Fantasieraum schwerer. Das ist ein grundsätzliches Problem bei allen Arten von Psychotherapie *per Video oder Telefon*.

**Zentraler Gedanke:** *Der Patient soll in seinem Zimmer hinter sich zwei Stühle quer zum Bildschirm aufstellen, die sich gegenseitig ansehen, den Stuhl für seine Selbstrepräsentanz im Konflikt und den für seine Objektrepräsentanz. Die Therapeutin sieht bei dem psychodramatischen Dialog dann durch den Bildschirm hindurch den Raum zwischen dem Patienten und seinem Konfliktpartnern real als Raum. Der Szenenaufbau der Konfliktszene des Patienten in seinem Raum kreierte und stabilisiert den gemeinsamen Fantasieraum zwischen dem Patienten und der Therapeutin. Das ist ein Markenzeichen des Psychodramas in der Psychotherapie per Video.*

4. Die Therapeutin kann in den psychodramatischen Aktionsraum des Patienten gleichsam durch den Bildschirm hindurch *verbal als Doppelgängerin* eintreten und so *stellvertretend für den Patienten mentalisieren*. Sie kündigt das dem Patienten jeweils an. Sie macht als Hilfs-Ich in der Rolle des Patienten selbst aber keinen Rollentausch mit seinem Konfliktgegner.

5. Die Therapeutin zeigt *dem Patienten bei Bedarf in ihrem eigenen Zimmer mit Stühlen*, wie er in seinem Zimmer die Stühle aufstellen soll. Oder sie zeigt ihm eine Handpuppe oder Puppe aus ihrem Sortiment, damit der Patient sich eine ähnliche Puppe über das Internet kauft.

6. Die Therapeutin spielt dem Patienten *in ihrem eigenen Zimmer* vor der Kamera nur dann etwas vor, *wenn der Patient selbst noch nicht spielen kann*. Es ist aber in den anderen Fällen therapeutisch wirksamer, wenn *der Patient* selbst in seinem Zimmer mit Stühlen arbeitet oder auf der Tischbühne mit den Puppen oder Steinen spielt.

7. Die Therapeutin fordert den Patienten durch den Bildschirm hindurch immer wieder einmal auf, sich eine neue Erfahrung während der Sitzung *aufzuschreiben*: Neue kleine Erkenntnisse, neue gefundene Selbststabilisierungstechniken und anderes. Das verlangsamt das Gespräch und ist eine wichtige Gedächtnisstütze für die nächste Sitzung. Die Indikation dafür ist: 1. Die Therapeutin möchte dem Ereignis in der Therapie Bedeutung geben. 2. Sie will das Gespräch verlangsamen. 3. Oder sie merkt, dass der Patient wichtig und unwichtig nicht unterscheidet. Die *Therapeutin selbst schreibt ebenfalls* auf ihrem Tisch gemeinsame Erfahrungen mit, zum Beispiel einen psychodramatischen Dialog des Patienten oder seinen Traum. Sie findet dadurch in der nächsten Sitzung leichter wieder Anschluss an das Geschehen in der gemeinsamen Beziehung.

8. Bei einer Pause im therapeutischen Gespräch per Video reißt innerlich der Kontakt zum Patienten ab. *Bei einem Gespräch per Video entstehen deshalb natürlicherweise keine Pausen*. Die Therapeutin sieht den Patienten bei einer Pause ziemlich schnell nur noch zweidimensional wie in einem Film. Die Therapeutin investiert bei der Videoarbeit offenbar viel innere Energie in ihre innere Vorstellungsarbeit, um den Patienten und seinen Raum wirklich dreidimensional zu sehen. Die Ausstrahlung des anderen Menschen ist per Video weniger komplex. Das macht *die Therapie per Video für die Therapeutin anstrengender* als in der direkten persönlichen Begegnung. Die Therapeutin sollte nach zwei Therapiestunden per Internet deshalb immer eine halbe Stunde Pause machen und zum Beispiel im Garten spazieren gehen oder etwas kochen.

**Zentraler Gedanke:** *Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich in der Therapie per Video weniger Pausen entstehen lasse und mehr rede als in meinen Praxisräumen. Ich habe mich deshalb entschieden, mich bei einer Therapiesitzung per Video immer wieder bewusst zu bremsen und Pausen zu machen. Denn der Patient oder Supervisand und auch ich selbst als Therapeut brauchen Zeit zur aktiven Wahrnehmung, zur inneren Konfliktverarbeitung und zum Mentalisieren. Die gemeinsamen Pausen im Gespräch helfen, den gemeinsamen Fantasieraum entstehen zu lassen. In einem 50-Minuten-Gespräch bremse ich meinen Redefluss bewusst etwa zehn Mal!*

9. Die Therapeutin und der Patient sehen sich bei einem Gespräch per Video gegenseitig *direkt in das Gesicht*. Die Entfernung der Köpfe beträgt oft nur 80 Zentimeter. Das ist viel weniger als in einer realen persönlichen Begegnung mit einer Entfernung von ungefähr 2-3 Metern. Auch stehen die Stühle von Patient und Therapeutin *im normalen Therapieraum* etwas schräg zueinander, so dass man sich nicht direkt ansehen muss. Die große Nähe der Köpfe bei einem Gespräch per Video erhöht das Stressniveau beider Gesprächspartner in der Begegnung. Ich empfehle deshalb, dass die *Therapeutin und der Patient bei einem Gespräch per Video jede(r) wenigstens einen Meter von dem Bildschirm entfernt* sitzen. Der Patient sollte wenigstens eine Zeit lang quer zur Blickrichtung der Therapeutin sitzen und seinen Konfliktpartner auf einem leeren Stuhl ansehen.

10. Der Patient oder Klient *bereitet vor einem zweiten Termin die Ausstattung in seinem Raum für die psychodramatische Arbeit schon vor*: 1. Er stellt hinter sich in zwei Meter Abstand quer zur Blickrichtung der Therapeutin zwei Stühle für den psychodramatischen Dialog auf. 2. Ein 3. Stuhl befindet sich im Raum für das potenzielle Aufstellen eines dysfunktionalen Ich-Zustands. 3. Der Patient hat vor sich auf dem Tisch einige Steine und Holzklötze liegen, um eventuell auf der Tischbühne psychodramatisch zu arbeiten.

11. Die Erfahrung zeigt: Auch psychotherapeutische Erstgespräche per Video sind möglich. Die Therapeutin gibt dem Patienten dabei bei Bedarf auch technische Hilfestellungen.

12. Auch *TherapeutInnen aus anderen Psychotherapieverfahren* nutzen den Raum im Zimmer des Klienten/Patienten oft nicht ausreichend.

**Fallbeispiel 1:** *Ich sprach mit einer Therapeutin, die in ihrer Therapie per Internet das katathyme Bilderleben (KIP) bei einem Patienten benutzte. Sie erzählte: Der Patient saß ihr am Bildschirm direkt Gesicht zu Gesicht gegenüber. Sie sah ihn aus einem Meter Entfernung an, während er die Augen schloss und imaginierte. Wir probierten miteinander per Video aus, wie es für sie in der Rolle des Patienten ist, wenn sie als Patient eine andere Position im Raum einnimmt. Sie stellte ihren Stuhl in ihrem Zimmer zwei Meter entfernt von ihrer eigenen Kamera hin. Das ist also etwa die Entfernung, in der der Patient auch in der realen Begegnung sitzen würde. Auch blickte die Therapeutin in der Rolle des Patienten quer zu meiner Blickrichtung. Sie schloss die Augen und imaginierte Bilder. Sie fühlte sich in dieser Position im Raum deutlich freier und weniger beobachtet als bei der Gesicht-zu-Gesicht-Position mit dem Therapeuten. Sie erlebte mich als Therapeuten per Video in ihrem Tagtraum mehr als jemand, der sie Schulter an Schulter begleitet.*

#### **4. Der therapeutische Umgang mit potenziell traumatischen Erlebnissen in der Corona-Krise**

Manche Klienten oder Patienten sind direkt von der Corona-Krise betroffen. Zum Beispiel, wenn der alte Vater und die alte Mutter mit dem Virus infiziert sind und der Vater schon im Krankenhaus liegt. Oder die Patientin wohnt in einem Altenheim mit 400 Bewohnern, die zur Hälfte dement sind und in Zeiten der Kontaktsperre Erklärungen nicht verstehen und erinnern können. Angehörige können sie nicht mehr besuchen. Das Ganze ist für die alten Menschen eine seelische Katastrophe. Die Kontaktsperre hat wahrscheinlich auch körperliche Auswirkungen für sie und wird das Leben der Bewohner verkürzen.

##### **4.1 Der Umgang mit real begründeten Ängsten**

Es ist therapeutisch wichtig, *real begründete Ängste und krankhafte Ängste voneinander zu unterscheiden*. Die Corona-Krise ist eine *reale* Bedrohung. Sie löst Realangst aus. Realangst kann man nur vermindern, indem man *real* etwas dagegen tut. Dazu gehört: 1. sich über die Art und das Ausmaß der realen Bedrohung gut zu informieren. Wenn der Betroffene *nicht weiß*, was *genau* droht, bleibt die Angst *diffus*. Alles Negative ist möglich. Der Betroffene kann dann nichts dagegen tun. Wenn der Betroffene aber die Realität der Bedrohung kennt, *kann er gegen die Bedrohung real etwas tun*. Alle anderen Bedrohungen außerhalb dieser einen Realität sind aktuell weniger wichtig. Zurzeit denken die Menschen zum Beispiel weniger an die Bedrohung durch einen Krieg. Sie beschäftigen sich auch nicht mit der Klimakrise, obwohl diese innerhalb der nächsten 50 Jahre wahrscheinlich hundertmal mehr negative Auswirkungen haben wird als die Corona-Krise.

Informationen über den Corona-Virus und die Corona-Krise gibt es in Deutschland im Fernsehen im 1. und 2. Programm, in den Nachrichten und in den ZDF-Spezial- und ARD-Spezial-Sendungen. Die Menschen können sich auch über den Computer unter „NDR-Info, Corona-Update“ informieren. Der Virologe Prof. Drosten gibt darin zurzeit neue, wissenschaftlich fundierte Informationen und beantwortet einer Journalistin Fragen. Wer die Realität der Bedrohungen in der Corona-Krise kennt, kann *der Realität angemessen* handeln. *Angemessenes* Handeln tut der Seele gut.

Wichtige Informationen über die Corona-Epidemie sind zum Beispiel: 1. Die Gefahr besteht mehr für die alten Menschen über 70 Jahre und für die Menschen, die Vorerkrankungen haben. 2. Wir Menschen sind aber *auch indirekt* bedroht. Viele haben plötzlich ein geringeres oder gar kein Einkommen mehr und haben reale Existenzangst. Die Selbststabilisierung durch

Aktivitäten mit Freunden, gesellschaftliche Treffpunkte und durch Kulturveranstaltungen ist geringer. Durch die Kontaktsperren leidet der gesellschaftliche Zusammenhalt. 3. Das Ziel der Kontaktsperren ist, dass sich die Ausbreitung des Virus verlangsamt und dadurch unser Gesundheitssystem nicht zusammenbricht. Solange das Gesundheitssystem gut funktioniert, wird Deutschland nur 0,5% Tote durch das Virus haben (bis zu 300 000) statt sonst 3% (1- 2 Millionen). Auch normalerweise sterben in Deutschland im Jahr ca. 750 000 Menschen. Das sind aber nicht 2 Millionen. Bei einem Zusammenbruch des Gesundheitssystems würden aber acht Mal so viele Menschen sterben wie ohne einen solchen Zusammenbruch. Denn dann ist auch die Behandlung der „normalen“ Erkrankungen gefährdet, weil das Personal schon allein mit der Behandlung der Corona-Patienten überfordert ist.

## 4.2 Die Zwei-Stühle-Technik im Umgang mit traumatisierenden Ängsten

Vieles ist in der Corona-Krise für uns Menschen neu. Wir alle befinden uns seelisch mehr oder weniger stark in einer Chaossituation. Jeder von uns sucht in dieser Situation nach dem Prinzip Versuch und Irrtum nach Lösungen im Umgang mit sich selbst und mit seinen Bezugspersonen. Als ich die Informationen über die Realität der Bedrohung im vorigen Absatz aufschrieb, ging es mir selbst wieder schlecht. Ich empfand negativem Stress und Angst und sah die Welt um mich herum wie in einem Nebel. *Die Corona-Krise ist potenziell eine traumatisierende Situation.* Eine traumatisierende Situation ist definiert als eine Situation, in der man 1. nicht kämpfen kann, aus der man 2. aber auch nicht fliehen kann und in der man 3. trotzdem immer weiter durch den Tod bedroht ist oder durch den Verlust der Kontrolle über sein Leben. Therapeutisch ist es in einer solchen Situation wichtig, *sich selbst seelisch zu stabilisieren.*

**Empfehlung:** *Die Therapeutin fordert einem von der Corona-Krise direkt betroffenen Patienten per Video oder Telefon deshalb auf: „Stellen Sie bitte einen zweiten Stuhl neben sich. Dieser zweite Stuhl ist der Angststuhl. Dieser Stuhl repräsentiert Ihre Gefühle von Ohnmacht und Angst vor der Bedrohung in der Welt. Der andere Stuhl, auf dem Sie gerade sitzen, ist Ihr Bewältigungs-Stuhl. Er symbolisiert Ihr gesundes Erwachsenenendenken, ihr Bewältigungs-Ich. Erzählen Sie mir bitte: Was tut Ihnen in der aktuellen Situation gut? Welche Möglichkeiten haben Sie dafür gefunden?“ Der Patient soll sich einen Zettel nehmen und das, was er an Selbststabilisierungstechniken benutzt, aufschreiben. Die Therapeutin hilft ihm, auch scheinbar harmlosen Dinge, die ihm guttun, zu erfassen, zum Beispiel das Spaziergehen oder das bewusste Betrachten der Blätter und Blumen im Frühling.*

Die Therapeutin hat bei *übertriebenen Ängsten des Patienten* das Gefühl, mit ihren Sachinformationen bei ihm immer wieder an einer Gumm wand abzuprallen. Übertriebene Ängste haben einen Realanteil und einen neurotischen oder traumatischen Anteil. Die Therapeutin erfasst in einem solchen Fall mit dem Patienten zusammen *alle Ängste*, die er zurzeit hat. Der Patient *soll für jede der Ängste einen Stein oder Gegenstand auf seinen Angst-Stuhl legen*: 1. zum Beispiel einen Stein für seine finanzielle Existenzangst, 2. einen zweiten Stein für die Angst vor einer persönlichen Katastrophe durch den Corona-Virus (Verlust der alten Eltern oder von Freunden oder Angst vor dem eigenen Tod) und/oder 3. einen Stein für seine Angst, selbst an Corona zu erkranken. 4. Manche Patienten *haben auch Angst, die Kontrolle über ihr Leben zu verlieren.* Bei ihnen werden durch die aktuelle Krise alte Traumaerfahrungen aus ihrer Kindheit aktualisiert.

Der Patient ist von *einer der Ängste* eventuell völlig überwältigt. Die Therapeutin schlägt ihm in einem solchen Fall vor, den kleinen Stein, der diese spezielle Angst symbolisiert, auf dem Angststuhl durch einen sehr großen Stein oder einen Papierkorb zu ersetzen. Die Therapeutin erkennt dadurch die Größe der persönlichen Katastrophe des Patienten ausdrücklich an. Sie



würdigt das Leiden des Patienten. Das allein vermindert sein Leiden schon um ungefähr 30 Prozent.

**Zentraler Gedanke:** *Der Patient soll lernen, zwischen seinem Angst-Ich und seinem konträren Bewältigungs-Ich innerlich frei hin und her zu wechseln. Die Zwei-Stühle-Technik mit dem freien äußeren Wechsel auf den jeweils anderen Stuhl hilft ihm dabei. Das Ziel der Therapie ist also nicht, dass der Patient keine negativen Gefühle hat.*

**Fallbeispiel 2:** *Eine 86-jährige Patientin, Frau B., war bei dem Therapeuten 25 Jahre lang in psychiatrische-psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Sie lebt jetzt in einem Altenheim mit 400 Personen. Sie ist dort im Bewohner-Beirat tätig. Sie fühlt sich als Beirat aber völlig überfordert. Die Heimbewohner haben fast keine Ansprache von den Pflegekräften, die ebenfalls überfordert sind. Einige Heimbewohner lassen trotz Kontaktsperre Angehörige durch die Gartenpforte ins Heim. Eine halb demente Frau geht jeden Tag in die Stadt und wundert sich, „dass die Kinos immer noch geschlossen sind“. Nur 40 der 400 Bewohner gehen noch in den Garten spazieren. Sie sitzen blass in ihren Zimmern und wissen oft nicht, was geschieht, weil sie alle Informationen schnell vergessen.*

*Der Therapeut fordert Frau B. auf, in ihrem Zimmer einen zweiten Stuhl neben sich zu stellen, „den Angst-Stuhl“: „Der andere Stuhl, auf dem Sie sitzen, ist der Bewältigungs-Stuhl. Die beiden Stühle repräsentieren Ihre beiden Ich-Zustände. Sie wechseln innerlich am Tag immer wieder zwischen Ihrem Angst-Ich und Ihrem Bewältigung-Ich hin und her.“ Der Therapeut erklärt Frau B., dass es wichtig ist, dass sie ihre beiden Ich-Zustände aktiv lebt: „Die Bedrohung durch die Corona-Krise ist bei Ihnen im Heim eine potenziell traumatisierende Situation. Sie dürfen Angst haben!“*

*Der Therapeut fragt: „Was tut Ihnen in dieser Zeit eigentlich gut? Schreiben Sie diese Handlungen bitte jetzt gleich vor Ihnen auf dem Tisch auf einen Zettel auf!“ Der Therapeut erfasst so mit der Patientin zusammen die Selbststabilisierungstechniken, die sie schon selbst gefunden hat: 1. Frau B. redet mit der Vorsitzenden des Beirats über die Gefühle beim Helfen für andere. 2. Sie soll die Heimleitung schriftlich auffordern, die 6 Schlösser an den Gartentüren auszuwechseln, weil da immer noch Angehörige ins Heim kommen. 3. Sie hat ein Ritual erfunden: „Ich winke jeden Tag um 18 Uhr vom Balkon aus einer Bewohnerin zu, die im Haus gegenüber wohnt. Meine Nachbarin macht das jetzt auch schon mit. 4. Frau G. macht einmal täglich Tele-Gymnastik (Zugang im Fernsehen über „Tele-Gym“ ARD-Alpha und BR).*

*Der Therapeut ergänzt: 5. Sie nehmen bei mir unterstützende therapeutische Stunden. 6. Sie Schreiben sich ein Verzeichnis auf für Ihre Selbststabilisierungstechniken und nummerieren diese. 6. Sie können in der Not den zweiten Stuhl für Ihr Bewältigungs-Ich neben sich stellen und den Zettel darauflegen. Lesen Sie sich den Zettel dann durch. Sie werden merken, dass Ihnen das guttut. 7. Regen Sie als Mitglied des Beirats an: Die im Heim für Kultur zuständigen Arbeitskräfte sollen die BewohnerInnen auffordern, Mundmasken zu nähen, das auch per Hand. Dies kann in den Besuchsecken in kleinen Gruppen von 2-3 Leuten mit ausreichendem Abstand geschehen. 8. Informieren Sie die Heimbewohner über die Möglichkeit der Telegymnastik per Fernseher.*

*Die erste Therapiestunde war für die 86-jährige Patientin in ihrer Funktion als stellvertretende Beiratvorsitzende gleichsam eine Supervisionssitzung. Sie erzählte eine Woche später: „Ich habe mich im Internet über das Grundgesetz informiert unter den Stichwörtern „Grundgesetz, körperliche Gesundheit“. Ich fand darin einen Paragraphen, der das Recht auf körperliche Unversehrtheit beinhaltet. Ich habe daraufhin als Beiratsmitglied die Heimleitung aufgefordert, auch dieses Recht für die Heimbewohner zu garantieren. Sie sollten den Zugang von Angehörigen zum Heim durch die Gartenpforten stoppen. Die*

*Heimleitung hat daraufhin den Code in den Zugangstüren in die Häuser verändert. Alle Besucher müssen jetzt durch den bewachten Haupteingang kommen und können kontrolliert werden.“ Der Therapeut bewunderte die Patientin für diese große Leistung. Er drückte das ihr gegenüber auch verbal aus.*

Das Aussprechen der Anerkennung für positive Handlungen und kleine Erfindungen wirkt sich auf Patienten ich-stärkend aus.

### 4.3. Selbststabilisierungstechniken

Selbststabilisierungstechniken sind:

1. *Machen Sie sich bewusst, dass die Corona-Krise in einem Jahr zu Ende sein wird. Was auch immer bis dahin geschieht, es ist jetzt kein wirklicher Krieg, der mit Waffen ausgetragen wird. Wenn wirklich 3% der Menschen sterben sollten, überleben immer noch 97%. Die Iren benutzten früher in Krisenzeiten den Spruch: „It could be worse“. Der Galgenhumor und die Realität darin können trösten.*

2. *Machen Sie sich selbst ein inneres oder auch ein schriftliches Verzeichnis über die Tätigkeiten, die Ihnen in dieser Zeit guttun. Nummerieren Sie diese. Nennen Sie diese Ihre Handlungen „meine eigenen Techniken der Selbststabilisierung“. Es geht dabei auch um kleine Dinge, die Ihnen guttun. Jeder Mensch findet diese schon selbst. Nehmen Sie Ihre eigenen Erfahrungen ernst. Gehen Sie in diesem Sinne achtsam mit sich um. Ergänzen Sie die eigenen Selbststabilisierungstechniken bei Bedarf um die folgenden Möglichkeiten:*

3. *Gehen Sie mit sich achtsam um und achten Sie auf Ihre eigenen Gefühle, wenn Sie sich über die Corona-Krise informieren oder wenn Sie mit jemandem darüber reden. Die Informationen lösen negativen Stress aus. Sie handeln selbstverletzend, wenn Sie sich diesem Stress fahrlässig ohne Ende immer weiter aussetzen. Hören Sie auf ihre Gefühle. Stoppen Sie die Aufnahme von Informationen über die Krise, wenn Sie merken, dass sie innerlich in einen Nebel tauchen. Achten Sie darauf, dass sie nicht immer wieder dieselben Informationen anhören. Sie wiederholen sich oft. Sie erfahren oft nicht wirklich Neues, das wichtig ist.*

4. *Reden Sie mit anderen über Ihre Gefühle in der Krise. Bei Naturkatastrophen oder Amokläufen gibt es Kriseninterventionsteams. Die Helfer lassen sich die Geschichten der einzelnen Betroffenen wieder und wieder erzählen. Das aktiviert deren Konfliktverarbeitung und hilft, die Entwicklung von Traumafolgestörungen zu vermeiden. Reden Sie deshalb bitte mit anderen über Ihre Gefühle und fragen Sie auch den Anderen: „Wie geht es Dir gefühlsmäßig?“ Wenn Sie sich mit jemand über Ihre Gefühle austauschen, ist geteiltes Leid halbes Leid.*

5. *Nehmen Sie wieder Beziehung auf zu alten Freundinnen oder Freunden, die Sie sonst nur zu Weihnachten oder zum Geburtstag sprechen. Z.B. per Brief oder per Internet.*

6. *Ich habe mir die Möglichkeit eingerichtet, über Skype mit anderen Menschen zu kommunizieren, obwohl ich das vorher immer abgelehnt habe. Am Montag habe ich mit meiner Tochter und meinen Enkelinnen durch den Bildschirm hindurch um 16 Uhr „gemeinsam Tee getrunken und Plätzchen gegessen“.*

7. *Wenn es Ihnen seelisch schlecht geht, machen Sie eine **Selbststabilisierungsübung**: Strecken Sie hier und jetzt ausgiebig Ihre Glieder und verändern Sie Ihre Atmung. Korrigieren Sie aktiv Ihre Körperhaltung hin zu einer Haltung, die Sie aus Situationen des Wohlgefühls, der Freude oder des sportlich lustvollen Wettkampfes kennen. Das *sensomotorische* Handeln bei dieser Übung hilft Ihnen eventuell, in Ihr Bewältigungs-Ich zurückzukehren.*

8. Lenken Sie sich ab. Am besten mit dem *Hobby, das sie am liebsten mögen*. Ich selbst gehe jeden Tag in unseren großen Garten. Ich ziehe Unkraut und fühle dabei die Erde an den Fingern. Aber auch das Sehen von Unterhaltungsfilmen im Fernsehen hilft. ARD und ZDF haben eine große Mediathek, aus denen man Filme anschauen kann. Es gibt in der ARD-Mediathek zum Beispiel einige wunderbare Märchenfilme: „Prinzessin auf der Erbse“ oder „Der Eisenhans“. Sie können sich auch mit Spielen ablenken oder mit dem Lesen von Büchern. Man kann von dem Philosophen Albert Kitzler die täglichen "Worte der Weisheit" lesen (<http://www.massundmitte.de/dr-albert-kitzler.html>). Sie sind kostenlos und ohne Werbung.

9. Treiben Sie *leichten Sport*, Spaziergehen, Fahrradfahren, Joggen oder anderes. Sie können zu Hause Turnübungen machen. Suchen Sie sich dazu in ihrem Computer über „Tele-Gym“ ein passendes Angebot aus und folgen Sie diesem täglich. In der Traumatherapie ist Sport eine bekannte Methode zur Selbststabilisierung der Seele.

10. *Helpen Sie ein oder zwei anderen Menschen*, zum Beispiel alten Menschen, die einsam und isoliert leben. Bieten Sie ihnen an, für sie bei Bedarf einzukaufen. Oder telefonieren Sie mit ihnen einmal in der Woche. Das *Ausleben von Mitgefühl* und das Helfen tut nicht nur den anderen gut, sondern auch Ihnen selbst. Es fördert in Ihrem Gehirn die Ausschüttung von Dopamin und verbessert dadurch Ihre eigene Verarbeitung des negativen Stresses. Die Ausschüttung der Stresshormone Adrenalin und Cortisol wird so vermindert.

11. Machen Sie sich *Ihre eigenen positiven Eigenschaften und Fähigkeiten* bewusst. Machen Sie sich davon ein Verzeichnis und lesen Sie dieses immer wieder einmal durch.

12. Sie können bei dem Durchgang durch existenzielle Ängste auch innerlich reifen. In der Traumatherapie nennt man das „*posttraumatische Reifung*“. Es besteht in der aktuellen Krise die Chance, menschlicher und ein bisschen weiser zu werden. Vielleicht entwickeln Sie sich oder stärken in sich eigene ideelle Werte, die Ausdruck einer existenziellen oder im weiteren Sinn spirituellen Erfahrung sind. Die Krise kann über Ihre eigene Kreativität und Spontaneität fördern.

13. Denken Sie sich *ein gutes Ende aus für Ihre persönliche Erfahrung in der Corona-Krise*. Und auch ein gutes Ende für den *Ausgang der Corona-Krise in der Welt*. Schreiben Sie sich diesen positiven Ausgang der Geschichte eventuell sogar als Bewältigungsmärchen auf. Das aktiviert das natürliche Selbstheilungssystem Ihrer Seele. Wenn Sie nachts unter Alpträumen leiden, schreiben Sie auch diese auf und ergänzen Sie diese jeweils aktiv um einen *positiven Ausgang* des Alptraus. Lesen Sie diese positiven Ausgänge wiederholt durch (Krüger 2015, S. 235 ff.).

14. Machen Sie sich ein *schriftliches Verzeichnis von den Handlungen*, die Ihnen in der aktuellen Krise guttun und nummerieren Sie diese.

15. Wenn es Ihnen dann in dieser Krise gerade wieder schlecht geht: *Stellen Sie neben sich einen zweiten Stuhl für Ihr „Angst-Ich“*. Der Stuhl auf dem Sie gerade sitzen, repräsentiert dann Ihr Bewältigungs-Ich. Setzen Sie sich jetzt auf den zweiten Stuhl Ihres Angst-Ichs. Legen Sie Ihr Verzeichnis mit den Selbststabilisierungstechniken, mit denen Sie sich durch Handeln gute Gefühle verschaffen können, auf den anderen Stuhl Ihres Bewältigungs-Ichs. Lesen Sie sich die vielen kleinen Punkte der Selbststabilisierung auf Ihrem Zettel durch. Sie werden merken, Ihr Gefühl von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Vergeblichkeit wird geringer.

#### **4.4 Das psychodramatische Antworten**

Die gegenwärtige Corona-Krise bedroht uns alle, unsere PatientInnen und KlientInnen und ebenso uns TherapeutInnen und BeraterInnen. Wir alle befinden uns mehr oder weniger stark

in einer Chaossituation. Jede und jeder sucht nach Wegen, um mit sich selbst in der Krise angemessen umzugehen. Viele Menschen schlafen in der jetzigen Krise schlechter und sind latent erschöpft. Es tut ihnen gut, wenn sie den Grund dafür erkennen. Es ist in der Psychotherapie für PatientInnen hilfreich, wenn die Therapeutin selbst *offen verbalisiert*, was sie selbst in der Krise fühlt und denkt und wie sie mit sich selbst in der Krise umgeht. Die alte Dame in dem Altenheim meinte in der zweiten Therapiestunde wörtlich zu mir: „Das tut mir gut, dass Sie persönlich Ihre Ängste bekanntgeben!“

**Zentraler Gedanke:** *Die Therapeutin stellt in dem Gespräch über die Corona-Krise auch selbst einen „Angst-Stuhl“ neben sich. Der Patient soll diesen zweiten Stuhl der Therapeutin per Video neben ihr sehen können. Die Therapeutin wechselt vor ihrer Videokamera auf den Angst-Stuhl, wenn sie über ihre eigenen Ängste und negativen Gefühle in der Krise spricht. Sie wechselt aber wieder zurück auf ihren Bewältigungsstuhl, wenn sie über ihre Art der Bewältigung und ihre Selbststabilisierungstechniken erzählt.*

Die Therapeutin stellt neben sich noch einen dritten Stuhl für ihren Ich-Zustand der „kompetenten Therapeutin“. Sie wechselt zwischen den drei Stühlen passend hin und her und benennt dem Patienten gegenüber jeweils per Video den eigenen Ich-Zustand, aus dem heraus sie gerade redet: „Als begegnender Mensch fühle ich ...“. „Als kompetente Therapeutin weiß ich, dass ...“. Sie gibt in der *realen* Bedrohungssituation den eigenen negativen Gefühlen auf diese Weise *Berechtigung*, ohne sich einseitig in die Angst des Patienten hineinziehen zu lassen und ohne nur sachlich zu argumentieren. Sie achtet darauf, in dem Gespräch mit dem Patienten per Video innerlich *frei* zwischen diesen drei eigenen Ich-Zuständen aktiv hin und herzuwechseln.

Ich nenne die Arbeit mit den eigenen Ich-Zuständen der Therapeutin die *Technik des psychodramatischen Antwortens* (Krüger 2015, S. 150 ff.).

**Fallbeispiel 3** (Krüger 2015, S. 154): *Eine Schulpsychologin arbeitete mit in einem Kriseninterventionsteam in Niedersachsen. Sie hatte nach einem Amoklauf in einer Schule die Kinder seelisch betreut. Sie kam noch vor der Corona-Krise zur Supervision. Sie berichtet dem Supervisor: »Ich habe das Problem, dass ich in der Begegnung mit den Kindern und Jugendlichen oft selbst weinen muss. Das stört mich!« Der Supervisor identifiziert sich mit den Kindern in der Schule und erlebt diese Reaktion der Therapeutin innerlich als angemessen und kostbar. Er überprüft, ob seine Interpretation der Situation der Psychologin weiterhelfen kann. Er lässt die Supervisandin ihre Begegnung mit einer 10. Schulklasse nachspielen: Sie wechselt dabei auch in die Rolle eines 15-jährigen Jungen. Wieder zurück in ihrer eigenen Rolle hört die Therapeutin den Schülerinnen und Schülern zu. Sie ist dabei den Tränen nahe. Der Supervisor fordert sie auf, hier jetzt im Nachspielen der Krisenintervention ihre Gefühle über die Realität hinaus zuzulassen. Die Schulpsychologin teilt im psychodramatischen Spiel den „Kindern“ traurig mit: »Es tut mir so leid, dass ihr das erleben musstet. Eigentlich seid ihr für Gewalterfahrungen, für Terror und Tod noch viel zu jung!« In der Nachbesprechung des Spiels ist die Supervisandin verunsichert: »Ich kann doch aber in der Situation nicht einfach als Mensch handeln! Ich bin doch in die Schule gerufen worden, damit ich die Kinder psychologisch unterstütze!«*

*Der Supervisor: »Darf ich einmal eine Alternative ausprobieren und versuchen, an Ihrer Stelle mit Ihrer inneren Erschütterung anders umzugehen?« Die Psychologin wechselt in die Rolle eines 16-jährigen Schülers. Der Supervisor spielt die Rolle der Psychologin nach. Er wiederholt: »Das macht mich sehr traurig, dass ihr solche Gewalt erleben musstet. Wenn ich euch dort sitzen sehe, so jung, gerade erst auf dem Weg ins Leben. Und dann dieser Terror und diese Gewalt! Das nimmt mich sehr mit!« Der Supervisor lässt ähnlich wie vorher die Psychologin seine innere Erschütterung im Spiel voll zu. Dann aber stellt er einen zweiten leeren Stuhl rechts neben sich und fasst diesen an: »Aber ich bin hier auch als Fachkraft zur Krisenintervention hergekommen. Ich möchte euch helfen, wo ihr mich braucht.« Der Supervisor setzt sich auf diesen anderen Stuhl: »Als Fachkraft würde ich gern von*

*euch wissen, wie ihr mit der Gewalterfahrung gestern Morgen bisher umgegangen seid. Der eine oder andere von euch hat sicher schon selbst eine Möglichkeit gefunden, um innerlich von den schlimmen Ereignissen gestern Abstand zu gewinnen. Wie habt ihr gestern den Nachmittag verbracht? Wir können einmal sammeln, was für Möglichkeiten der Selbststabilisierung ihr schon selbst gefunden und genutzt habt. Danach kann ich euch auch noch andere Möglichkeiten nennen und Euch zeigen, wie man nach einer solchen Gewalterfahrung mit sich gut umgehen kann.«*

*In der Nachbesprechung meint die Supervisandin zum Supervisor: »Wenn Sie das so machen, ist das mit dem Weinen tatsächlich gar nicht so schlimm. Ich habe mich als Schüler zwar gewundert, Sie als Psychologen so erschüttert zu sehen. Aber das hat mir gutgetan. Ich fand das auch gar nicht komisch. Denn Sie haben als Berater mit dem zweiten Stuhl Ihren Job ja doch gemacht!« Der Supervisor: »Ich bin sicher, dass Ihr Weinen das Kostbarste ist, was Sie den Schülern geben können. Wenn Sie Ihre Gefühle authentisch verbalisieren und benennen, machen Sie das ja auch stellvertretend für die Jungen und Mädchen, die sich cool geben müssen. Gerade durch Ihre Gefühlsreaktion sind Sie aber ein Vorbild. Sie helfen den Schülerinnen, sich wieder selbst zu finden und ihr inneres Chaos gefühlsmäßig zu ordnen.«*

*Die Psychologin erkundet in einem weiteren Rollenspiel, wie es sich für sie selbst in der Rolle der Beraterin anfühlt, wenn sie den zweiten Stuhl für die »kompetente Therapeutin« neben sich positioniert. Anschließend stellt sie den Stuhl für die "kompetente Fachkraft" wieder weg und spürt nach, wie sie die Situation ohne diesen zweiten Stuhl erlebt. Am Ende meint sie erstaunt: »Das ist so einfach ist!« Der Supervisor: »Das erscheint nur äußerlich einfach. Eigentlich ist das eine sehr komplexe Methode. Durch das Aufstellen Ihrer beiden Ich-Zustände nebeneinander mit Stühlen zeigen Sie den Kindern: Man kann in sich zwei Seiten nebeneinander haben, eine sensible, verletzte Seite und eine kompetente, coole Seite. Diese beiden Seiten schließen sich gegenseitig nicht aus. Sie werden dadurch für die Kinder zum Vorbild. Versuchen Sie doch bei einer erneuten Krisenintervention einmal, diesen zweiten Stuhl für sich selbst als »kompetente Fachkraft« wirklich neben sich zu stellen. Probieren Sie aus, ob das vielleicht etwas für Sie verändert!«*

## **5 Der Affekt der Therapeutin als Mittel der Orientierung**

Die Therapeutin steht bei der Videotherapie innerlich unter einem höheren Leistungsdruck als in der realen persönlichen Begegnung. Sie wird durch die andere Art der Begegnung leichter in das Agieren des Patienten mit hineingezogen. Die Therapeutin sollte deshalb umso mehr *auch auf ihre eigenen Affekte* in der Begegnung achten. Ihr eigener Affekt gibt ihr Orientierung in der Therapie oder Beratung. Denn eine Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation mit einem Patienten oder Klienten ist: 1. Die Therapeutin weiß, *was* der Patient in der Interaktion mit ihr fühlt und *warum* er das fühlt. 2. *Sie weiß aber auch, was sie selbst fühlt und warum* sie das fühlt. Das klingt einfach, ist aber in der Interaktion mit Patienten und Klienten definitionsgemäß schwierig. Die Gründe sind: 1. im Konflikt ist die Fähigkeit zum inneren Rollentausch blockiert. 2. Patienten können oft nicht erklären, warum sie depressiv sind oder Angst haben. Das ist in der Videotherapie ähnlich wie in der realen Begegnung mit dem Patienten.

Die Psychodramatherapeutin handelt in der Therapie unausgesprochen immer als Doppelgängerin für den Patienten. Sie vollzieht zum Beispiel den depressiven Affekt oder den Angstaffekt des Patienten innerlich mit und benennt ihn. Sie hilft ihm, seinen depressiven *Affekt in das dazu passende interaktionelle Geschehen einzuordnen* und ihm so also den passenden Rahmen zu geben. Sie klärt, wenn der Patient in der Zeit der Corona-Krise Angst hat, was alles bei ihm Angst auslöst: zum Beispiel finanzielle Probleme, Angst vor dem Tod des Vaters, Angst vor dem eigenen Tod oder die Angst, die Kontrolle über sein Leben zu

verlieren. Jede dieser Ängste eröffnet ein spezielles Konfliktfeld und erfordert eine andere Lösung.

Es ist für die Therapeutin schwer, Doppelgängerin für den Patienten sein. Denn die Therapeutin kennt sich in dem Konflikt des Patienten zunächst natürlich nicht aus. Sie steht als Doppelgängerin aber zu diesem Nicht-Wissen. Auf diese Weise verwirklicht sie die Sokrates-Haltung. Sie sucht zusammen mit dem Patienten nach dem passenden Rahmen für seinen Affekt. Wenn sie nicht versteht, warum der Patient diesen Affekt in diesem Konflikt entwickelt, möchte sie es gern wissen. Denn sie möchte seine innere Konfliktverarbeitung mitvollziehen können. Sie lässt den Patienten deshalb das dazugehörige Konfliktsystem mit Stühlen aufstellen und den Patienten *einen psychodramatischen Dialog* mit seinem Konfliktpartner führen (siehe Kapitel 6.1). Indem die Therapeutin *sich selbst* mit psychodramatischen Mitteln hilft, den Patienten zu verstehen, *hilft sie auch dem Patienten*, sich zu verstehen. Denn sie setzt *in der Identifikation mit ihm* die Werkzeuge ihrer eigenen Konfliktverarbeitung als Psychodramatechniken *frei* ein. Sie befreit den Patienten auf diese Weise von den *Blockaden in der Verarbeitung seines Konfliktes*. Der Patient wird in der Beziehung zu seinem Konfliktpartner wieder spontan. Das heißt, er kann *angemessen* handeln in einer *neuen* Situation oder *neu* handeln in einer *alten* Situation (Moreno 1974, S. 13).

Oft ist der Affekt des Patienten allerdings durch *mehrere Konfliktfelder gleichzeitig* bedingt, einem Konflikt in der aktuellen Beziehung und einem anderen alten Konflikt. Der Patient fühlt sich in der Beziehung zum Beispiel hilflos. Das löst bei ihm zusätzlich noch einen Traumafilm aus. Der aktualisierte Traumafilm verhindert, dass der Patient den Konflikt in der aktuellen Beziehung lösen kann. Oder die Reaktion in aktuellen Konflikten wird durch *ein altes metakognitives Reaktionsmuster* des Patienten bestimmt, das sein Denken immer nach demselben einseitigen Prinzip verändert:

**Fallbeispiel 4:** *Der Therapeut erlebt die Angst in der Corona-Krise als real begründete Angst (siehe Kapitel 4.2). Frau F. aber meint: „Ich habe jetzt in der Corona-Krise keine Angst.“ Die lebensstüchtige und körperlich gesunde Frau L. dagegen reagiert genau umgekehrt. Sie erzählt dem Therapeuten: „Jetzt in der Corona-Krise denke ich manchmal daran, ich könnte mir das Leben nehmen.“ Der Therapeut versteht weder Frau F., die keine Angst hat, noch Frau L., die offenbar eine übertriebene Angst hat. Sein Nichtverstehen motiviert ihn, zu klären, warum Frau F. keine Angst hat, Frau L. aber Suizid als Ausweg sieht. Es zeigt sich: Frau F. ist pietistisch christlich orientiert und glaubt: „Das Leben auf der Erde ist Leiden, das eigentliche Leben kommt erst nach dem Tod. Deshalb kann mich die Krise nicht erschrecken. Ich bete viel.“ Frau L. dagegen befürchtet, dass durch die Corona-Krise und die wirtschaftlichen Folgen die staatliche Ordnung in Deutschland zusammenbrechen wird: „Es kommt dann zu Gewalt, man ist nirgends mehr sicher. Überall ist Hunger.“ Der Therapeut fühlt sich selbst in der Interaktion mit jeder der beiden Patientinnen befremdet und verunsichert. Dieses Gefühl ist offenbar ein Affekt, den jede von beiden Patienten bei sich abspalten und in der Interaktion unbewusst auf ihn delegieren.*

Manche Patienten sind an ein altes metakognitives Reaktionsmuster fixiert. Der Therapeut fühlt dann oft den Affekt, den der Patient bei sich unbewusst abspaltet. Es ist in einem solchen Fall therapeutisch hilfreich, wenn er der Störung in der therapeutischen Beziehung Berechtigung gibt, seinen Affekt definiert und prüft, mit welchem konkreten Verhalten die Patientin diesen Affekt bei ihm auslöst. Er schreibt dieses Verhalten dann einem metakognitiven Ich-Zustand zuschreibt (Krüger 2015, S. 125 ff.) und benennt so das allgemeine Prinzip, das hinter den verschiedenen Denkinhalten der Patientin steht. Ziel ist es, dass die Patientin so Problembewusstsein für ihre immer gleich einseitige Konfliktlösung entwickelt.

*Der Affekt der Therapeutin bestimmt weitgehend ihr bewusstes und unbewusstes Handeln. Sie achtet deshalb intuitiv darauf, was ihren eigenen Affekt auslöst. Möglich sind: 1. Sie fühlt konkordant den gleichen Affekt wie der Patient. 2. Ihr Affekt ist eine Reaktion auf das unangemessene Handeln des Patienten. Sie ist zum Beispiel enttäuscht von dem Patienten, wenn er sich in seinem Konflikt nicht ausreichend wehrt. 3. Ihr Affekt ist der gleiche Affekt, den der Interaktionspartners des Patienten diesem gegenüber fühlt. Die Therapeutin identifiziert sich also komplementär. 4. Die Therapeutin fühlt den Affekt, den der Patient bei sich abspaltet und dadurch auf sie delegiert.*

Die Therapeutin ordnet in einem Gespräch mit dem Patienten ihren eigenen Affekt meistens von ganz allein einem dieser vier Möglichkeiten zu. Diese Zuordnung bestimmt ihr technisches therapeutisches Vorgehen. Die schnelle Interaktion in der Videotherapie und die veränderte Begegnung gefährdet aber diese innere Arbeit der Therapeutin. Die Therapeutin sollte deshalb bewusster als sonst auf ihre eigenen Gefühle achten.

## **6 Die Anwendung von Psychodramatechniken per Video**

Manche Psychodramatherapeuten sind in ihrer Arbeit per Video blockiert, den Patienten *in seinem Zimmer bei ihm zu Hause* die Psychodramatechniken anwenden zu lassen. Eine Therapeutin wies ihren Patienten zum Beispiel aus der Gesicht-zu-Gesicht-Position per Video an: „Stellen Sie sich jetzt einmal vor, Sie würden in die Rolle Ihres Chefs wechseln.“ Ihr Patient sollte also einen *Rollentausch im Kopf* machen. Ihr Patient sah bei dem „Rollentausch“ in seiner eigenen Rolle und in der Rolle seines Chefs also direkt in das Gesicht seiner Therapeutin. Ein solches Vorgehen ist ein *innerer Rollenwechsel und kein Rollentausch*. Denn bei einem Rollentausch sieht der Protagonist *durch die Augen des Konfliktpartners sich selbst von außen*. Die Therapeutin nutzte in diesem Fall *nicht* die große therapeutische Potenz des psychodramatischen äußeren Rollentauschs.

### **6.1 Der psychodramatische Dialog mit seinen sechs Schritten**

Nach meiner Erfahrung lassen sich Beziehungskonflikte sehr gut mithilfe der Videotherapie durcharbeiten. Die Therapeutin benutzt dabei den *psychodramatischen Dialog mit seinen 6 Schritten* (Krüger 2020, S. 381 ff.).

**Fallbeispiel 5:** *Die Patientin Frau G. erzählte von einem Partnerkonflikt. Es war eigentlich kein großes Problem. Sie hatte sich über ihren Partner geärgert, als sie den Feldsalat für das Mittagessen wusch. Dieser kritisierte sie, dass sie das so gründlich tat: „Dann werden die Blätter so klein. Das mag ich nicht so gern.“ Ihr Partner wusch den Salat gewöhnlich oberflächlicher. Das hatte aber zur Folge, dass Frau G. hinterher beim Essen immer auf Sand kaute. Der Therapeut erarbeitete mit der Patientin mithilfe des 3. Und 4. Schritts des psychodramatischen Dialogs eine pragmatische Lösung für den Konflikt um den Feldsalat. Frau G. sagte in dem fiktiven Gespräch ihrem „Partner“ sachlich und vernünftig, was sie sich wünschte. Sie merkte im Rollentausch in der Rolle ihres Partners, dass der Partner sich ein wenig kritisiert fühlte, dass er aber doch zu einem Kompromiss bereit war.*

*Die Patientin war darüber erleichtert. Sie sprach im psychodramatischen Dialog dann aber gleich noch etwas anderes an: „Ich möchte von Dir ganz allgemein auch einmal gelobt werden!“ Sie merkte im Rollentausch, dass sie sich als ihr Partner dadurch jetzt doch ernsthaft kritisiert fühlte. Sie folgerte daraus in der Nachbesprechung per Video: „Das ist wohl nicht sinnvoll, wenn ich mir wünsche, gelobt zu werden.“ Der Therapeut verstand ihren Wunsch aber als eine alte kindliche Sehnsucht der Patientin: „Sie mischen in den kleinen Konflikt um den Feldsalat eine alte Sehnsucht. Sie sind als Kind nie gelobt worden und*

*mussten immer vernünftig sein und funktionieren. Das können sie gut. Ich finde aber, dass Sie Ihren Partner durchaus darum bitten dürfen!“*

*Die Patientin hatte sich als Kind in einem Geschäftshaushalt immer stark anpassen müssen. Sie hatte gelernt, keine Probleme zu machen, die anderen nicht zu verletzen und die Erwartungen anderer zu erfüllen. Der Therapeut gab nun aber ihrem kindlichen Wunsch nach Lob Berechtigung. Er vermutete, die Beziehung zu ihrem Partner würde dadurch reicher werden. Der Therapeut bat Frau G. deshalb per Video: „Darf ich an Ihrer Stelle in dem Gespräch mit Ihrem Partner einmal etwas Anderes probieren? (5. Schritt des psychodramatischen Dialogs) Gehen Sie dazu bitte in die Rolle Ihres Partners!“ Der Therapeut verbalisierte stellvertretend für die Patientin per Video in ihrer Rolle: „Ich möchte mit Dir gern etwas besprechen. Ich sehne mich innerlich manchmal danach, von Dir gelobt zu werden. Ich weiß, das ist ein kindlicher Wunsch. Aber ich habe Dir ja erzählt, wie das bei mir zu Hause in meiner Familie war. Ich musste immer nur funktionieren. Über Probleme wurde nicht geredet. Ich habe mir immer viel Mühe gegeben. Aber ich wurde nie gelobt. Ich merke, ich brauche das jetzt. Ich wünsche mir von Dir, dass du das tust!“ Die Patientin hatte in der Rolle ihres Partners keine Mühe, dem Wunsch zu folgen: „Ja, ich kann das versuchen. Du machst ja vieles wirklich gut!“ (Fortsetzung in Kap. 6.4)*

## **6.2 Das Arbeiten mit der Tischbühne**

Wenn der Patient real *nur einen sehr kleinen Raum hat* und auch nicht in einen größeren Raum wechseln kann, ist die Arbeit per Video auch auf der Tischbühne möglich. Der Patient richtet dabei die Kamera auf seine Hände. Er legt auf die Tischbühne zum Beispiel zwei Steine, einen für sich selbst als Patient und einen für die Therapeutin. Dazu zwei Steinen für die Symptomszene. Das sind seine Selbstrepräsentanz und seine Objektrepräsentanz in seinem Konflikt. Der Patient legt dann im psychodramatischen Dialog den Zeigefinger immer auf den Stein, aus dessen Rolle er gerade spricht. Die Therapeutin kann ihn bei einer *Störung in der therapeutischen Beziehung* per Video auch dazu auffordern, noch einen zusätzlichen Stein für sein dominantes Abwehrmuster bzw. seinen dominanten dysfunktionalen Ich-Zustand dazuzulegen (siehe Schritte 13-17 der psychodramatischen Selbstsupervision, Krüger 2020, S. 49 ff.).

## **6.3 Die systemische Familienaufstellung**

Während der Kontaktsperre in der Corona-Krise verändert sich oft die Familiendynamik. Die Therapeutin lässt den Patienten bei Bedarf die Familiendynamik mit Gegenständen auf der Tischbühne ausarbeiten.

**Falldarstellung 6:** *Frau C. litt an einem schweren chronischen Partnerkonflikt. Der Partner wollte ständig auf Abenteuerreisen gehen und bestätigte sich seine Großartigkeit durch diverse Außenkontakte. Sie aber hatte sich immer gewünscht, mit der Familie einfach einmal entspannt zu sein und nichts zu tun. Der Therapeut war neugierig, wie sich die Kontaktsperre in der Corona-Krise auf die Familie auswirkte. Er ließ Frau C. eine systemische Familienaufstellung von ihrer jetzigen Familie machen. Sie schnitt sich dazu vier Dreiecke aus Papier aus, für jedes Familienmitglied eines. Der Pfeil des Dreiecks sollte die Blickrichtung des Betreffenden anzeigen. 1. Die Patientin legte die Dreiecke so auf den Tisch, dass Nähe und Distanz jedes Dreiecks und die Blickrichtung für sie stimmten. 2. Dann hielt sie in jeder Rolle ein Selbstgespräch. 3. Am Ende des Selbstgespräches fasste sie mithilfe des Therapeuten das Gefühl der jeweiligen Person in einem symbolischen Satz zusammen. Sie tat*



das in ihrer eigenen Rolle zuletzt. 4. Sie sah dann die Aufstellung von außen als ganze an und fand eine Überschrift für ihr „Kunstwerk“. 5. Dann veränderte sie die Aufstellung so, wie sie sich das Miteinandersein in der Familie wünschen würde. Auf diese Weise wurde aus ihrem symbolischen Familienbild mit dem Namen „Der unvollständige Kreis, einer fehlt“ das Bild „gesehen werden, schöne Einheit, miteinandersein“.

Die Familie hatte trotz der Kontaktsperre wider Erwarten zurzeit keine großen Probleme. Eigentlich war das eingetreten, was Frau C. sich schon immer gewünscht hatte. Man war zusammen, war gemütlich und musste nicht ständig Abenteuer erleben. Der Therapeut erkannte in ihrer Familienaufstellung aber eine Wunschfantasie der Patientin. Sie sehnte sich nach Harmonie und Nähe zwischen allen Familienmitgliedern ohne jeden Streit. Der Therapeut verstand diese Sehnsucht als Sehnsucht ihres inneren Kindes. Für die erwachsene Frau C. war ihre heimliche Erwartung ein perfektes Programm, um Streitigkeiten auszulösen und unglücklich zu werden.

Die Technik der systemischen Familienausstellung in der Videotherapie ist ähnlich wirksam wie bei der sonst üblichen Familienaufstellung im Therapiezimmer mit Stühlen. Man kann die Arbeit noch ergänzen dadurch, dass man die Patientin aktiv die gruppensystemischen Positionen Omega und Alpha in der Familiendynamik bestimmen lässt. Die Person in der Omega-Position protestiert definitionsgemäß aus der Rolle der Hilflosigkeit heraus gegen die Person in der Alpha-Position. Sie sagt zu den anderen Familienmitgliedern immer die ergänzende, von ihnen verdrängte Wahrheit (Krüger 2015, S. 66 ff.).

#### **6.4 Der psychodramatische Dialog mit dem inneren verlassenen Kind**

**Fallbeispiel 5** (Fortsetzung von Kap. 6.1): Die Patientin Frau G. hatte per Video therapeutisch an ihrem Ehekonflikt gearbeitet. In der nächsten Therapiesitzung fragte der Therapeut Frau G. per Video: „Wie war es für Sie nach der letzten Sitzung?“ Frau G.: „Ich habe meinen Partner tatsächlich gebeten, mich mehr zu loben. Er hat das auch getan. Aber ich kann ihm das nicht glauben, wenn er das tut.“ Der Therapeut per Video: „Sie können das nicht genießen. Das kommt zu spät in ihrem Leben?“

Frau G. hatte sich auf Empfehlung des Therapeuten schon vor drei Wochen per Internet eine hübsche Mädchenpuppe gekauft. Diese sollte ihr vernachlässigtes inneres Kind symbolisieren. Der Therapeut wies sie per Video an, in ihrem Zimmer quer zur Blickrichtung des Therapeuten zwei Stühlen hinzustellen. Der eine repräsentierte ihr Erwachsenen-Ich. Die Mädchenpuppe saß ihr auf dem anderen Stuhl direkt gegenüber. Der Therapeut ließ die Patientin einen psychodramatischen Dialog zwischen ihrem Erwachsen-Ich und ihrem inneren Kind führen. Das auch mit Rollentausch. Der Therapeut übernahm dabei per Video jeweils die Gegenrolle: „Ich rede jetzt stellvertretend für Sie als die Erwachsene: ...“, „Ich spreche jetzt stellvertretend für Ihr inneres Kind: ...“ Die Patientin erlebte in der Rolle ihres Kind-Ichs: „Ich weiß gar nicht wie das ist, sich etwas zu wünschen. Ich passe mich an die Erwachsene immer an. Das war schon immer so. Alles hatte immer sinnvoll zu sein.“ Der Therapeut ließ Frau G. die Rollen tauschen und verbalisierte per Video in der Rolle ihres Kind-Ichs: „Ich habe Lust, einfach einmal zu spielen und etwas ohne ein Ziel zu machen.“ Frau G. in der Rolle des Kind-Ichs: „Ja, im Sand einen Tunnel bauen und mit einem Spielzeugauto durch den Tunnel hindurchfahren.“ Therapeut: „Merken Sie, Frau G.? Ihr inneres Kind wünscht sich, dass sie das nicht für ihre Enkel machen, sondern für ihr eigenes inneres Kind!“ Frau G. als Kind-Ich zu ihrem Erwachsenen-Ich: „Oder du backst mit mir einen Kuchen! Oder mehrere Kuchen gleichzeitig!“ Frau G. meinte am Ende der Videositzung ein wenig traurig: „Ich möchte gern einen besseren Zugang zu meinen Gefühlen bekommen.“

## 6.5 Störungen in der therapeutischen Beziehung

Störungen in der therapeutischen Beziehung und Widerstandsphänomene des Patienten treten in der Videotherapie leichter auf als in der persönlichen realen Begegnung in der Praxis. Denn die Videotherapie verführt die Therapeutin durch die Einengung der Informationen in der Begegnung, aktiver zu sein. Die Therapeutin macht, ohne es zu merken, mehr technische Angebote und gibt schneller Ratschläge. Der Patient entwickelt dann zwar meistens eine positive Übertragung auf die Therapeutin. Die Therapeutin agiert aber leicht einseitig aus der Rolle der Helferin heraus. Sie schiebt dabei ihre eigenen negativen Gefühle weg und ist froh, wenn es dem Patienten durch die Videotherapie besser geht. Dieses Vorgehen ist eventuell ausreichend in der Beratungsarbeit, in der Krisenintervention oder in Kurztherapien von bis zu 25 Sitzungen. In therapeutischen Beziehungen von *mehr als 20 Sitzungen* behindert die Kombination von positiver Übertragung des Patienten und Helferhaltung der Therapeutin aber meistens den Fortschritt der Therapie. **Die Kombination einer Übertragung des Patienten und einer Gegenübertragung der Therapeutin wird zum Widerstand (Krüger 2015, S. 63).**

Die Therapeutin merkt einen Widerstand an *ihren eigenen negativen Gefühlen* während oder nach der Therapiesitzung.

**Fallbeispiel 7:** *Eine Patientin hatte in den 45 Sitzungen ihrer Psychotherapie gute Fortschritte gemacht. Sie war selbstbewusster geworden. Ihre depressiven Einbrüche waren verschwunden. Sie stellte aber zur Überraschung des Therapeuten plötzlich die Beziehung zu ihrer Mutter in der Kindheit und in der Gegenwart positiv dar. Der Therapeut war verwirrt. Er erinnerte sich an ihre vielen negativen Erfahrungen in der Kindheit: Sie war ein verlassenes Kind. Es gab viele Beziehungsabbrüche. Sie war von ihrer Mutter narzisstisch missbraucht worden. Der Therapeut glaubte schon, sich zu irren. Er las aber doch noch einmal in seiner Akte nach und vergewisserte sich: Er fand dabei in der Kindheit der Patientin vier verschiedene Konfliktfelder, die traumatisierende Qualität hatten, darunter auch die schwierige Beziehung zu ihrer Mutter.*

*Der Therapeut suchte nach einer Möglichkeit, die Störung in der therapeutischen Beziehung aufzulösen. Er machte deshalb in seinem Zimmer mit der „Patientin“ eine psychodramatische Selbstsupervision mithilfe eines fiktiven psychodramatischen Dialogs. Er gab seinem negativen Gefühl der Verwirrung in der therapeutischen Beziehung auf diese Weise aktiv Berechtigung (Schritte 13-17 der psychodramatischen Selbstsupervision, Krüger 2020, S. 49 ff.). Er merkte im Rollentausch in der Rolle der Patientin: „Sie“ wollte von negativen Gefühlen des Therapeuten nichts hören. Das rief in „ihr“ Gefühle der Minderwertigkeit hervor. „Sie“ wollte eigentlich nur toll sein, und alles toll meistern, auch in ihren privaten Beziehungen. Der Therapeut sollte ihr dabei helfen, in ihren privaten Beziehungen ihr ideales Bild einer Familie zu verwirklichen: „Es geht doch alles schon so gut!“ Der Therapeut wechselte wieder in seine eigene Rolle und stellte in der Selbstsupervision neben „sie“ einen Stuhl für ihren Selbstschutz durch Grandiosität: „Das ist der Stuhl dafür, dass Sie immer toll sein müssen!“ Der Therapeut spürte im Rollentausch in der Rolle der Patientin jetzt wieder Angst. Er fühlte sich labilisiert.*

*Der Therapeut wechselte wieder in die eigene Rolle und imaginierte hinter dem zusätzlichen Stuhl der „perfekten und tollen Frau M.“ einen dritten Stuhl für das einsame innere Kind, das die Patientin gewesen war. Das innere Kind fühlte sich minderwertig und nicht gesehen. Er stellte sich neben ihr zusätzlich die Symptomszene ihres Konfliktes im Alltag vor und wies mit der Hand auf den Stuhl ihrer Selbstrepräsentanz in ihrem Alltagskonflikt: „Ich habe den Eindruck, dass Sie in der Falle sitzen: Für Sie gibt es in ihren Beziehungen nur Tollsein oder Minderwertigsein. Die Möglichkeit, ein ganz normaler Mensch zu sein, existiert für Sie nicht. Haben Sie eigentlich eine Idee, wie es ist, in der Beziehung zu ihren Kindern und zu ihrem Mann nicht toll zu sein, sondern eine ganz normale Frau zu sein?“ Der Therapeut merkte in der Selbstsupervision im Rollentausch, dass er in der Rolle der Patientin von dieser neuen Idee fasziniert war. Diese gab ihm in der Rolle der Patienten einen neuen Halt und eine neue Orientierung. Der Therapeut kehrte zurück in seine eigene Rolle. Seine negativen Gefühle in der Beziehung zu der Patientin waren verschwunden.*

*Der Therapeut war durch diese Arbeit neugierig geworden auf die nächste Therapie-Sitzung. Er ging in der nächsten Sitzung per Video technisch ganz ähnlich vor wie in der psychodramatischen Selbstsupervision. Er wusste jetzt ja, dass die Patientin dadurch wahrscheinlich Problembewusstsein für ihre starre Abwehr durch Grandiosität entwickeln könnte. Der Therapeut war in den nächsten Sitzungen innerlich frei, der Patientin in ihrer speziellen Art der Konfliktverarbeitung zu folgen (siehe Kap.7). Er erkannte zusammen mit der Patientin, dass diese zwischen einem Agieren einer Idealvorstellung von ihrer Familie und einem masochistischen Agieren hin und wechselte. Die Patientin*

geriet durch ihre Konflikte mit ihrem persönlichkeitsgestörten Ehemann immer wieder in einen Traumafilm. Sie war dann wieder das gedemütigte verlassene vierjährige Mädchen aus ihrer Kindheit. Ihr Versuch, in ihrer Familie eine Idealvorstellung zu verwirklichen, hatte ihr 15 Jahre lang als Selbststabilisierungstechnik geholfen. Er verhinderte aber auch eine angemessene Konfliktlösung in der Ehebeziehung.

## 6.6 Techniken, die der Patient zu Hause allein ausführen kann

Diese Techniken werden in der Therapie per Video wichtiger:

6.7.1. Die Therapeutin oder die Supervisorin kann ihrem Patienten oder Klienten per Skype die *Methode der psychodramatischen Selbstsupervision* mit den 12 Schritten in einer Sitzung in seinem Zimmer vollziehen lassen (siehe unten, Krüger 2015, S. 36 ff.). Sie schickt ihm per E-Mail eine Kopie der 12 Schritte zu. Die Therapeutin fragt den Patienten oder Klienten in den nächsten Skype-Sitzungen immer wieder einmal, welche Erfahrungen er mit dieser Übung gemacht hat. Sie kann bei Bedarf mit ihm einen der Konflikte weiterbearbeiten. Der Patient oder Klient kann die Selbstsupervision zu Hause ein halbes Jahr lang einmal in der Woche üben und so Störungen in seinen Beziehungen mithilfe der Selbstsupervision selbst auflösen. Die Selbstsupervision hilft ihm, einen Konflikt systemisch zu sehen und eine eigene Abwehr durch Projektion und Introjektion abzubauen.

6.7.2. Der Patient kann ein oder mehrere *Bewältigungsmärchen* (Krüger 2015, S. 235 ff.) schreiben.

6.7.3. Die Therapeutin lässt den Patienten seine *Träume aufschreiben* und lehrt ihn, diese selbst zu deuten.

6.7.4. Der Patient arbeitet therapeutisch an einer ihm persönlichen schwierigen Charaktereigenschaft mit der Technik der *projektiven Personalisierung* (Krüger 2015, S. 301 ff.). Er projiziert dazu eine eigene negative Charaktereigenschaft auf eine fiktive Gestalt oder Person, für die diese Eigenschaft in ihrem Lebenszusammenhang völlig normal und angemessen ist. Er erfindet dann im Laufe von 10 Wochen zu Hause außerhalb der Therapiestunden zehn kleine Episoden aus dem Leben dieser fiktiven Person und schreibt sie auf.

6.7.5. Der Patient kann einen *fiktiven Brief an eine Bezugsperson* aus der Gegenwart oder aus der Kindheit (Krüger 2015, S. 147) schreiben, ohne ihn abzuschicken. Er soll in diesen Brief alles über die Realität hinaus hineinschreiben, was er dem anderen immer schon sagen oder ihn fragen wollte.

## 7 Gruppenselbsterfahrung über Video

Viele Gruppenleiter von Selbsterfahrungsgruppen in Ungarn bieten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in der Zeit der Kontaktsperre wegen der Corona-Epidemie zweistündige Online-Treffen mithilfe von Zoom an (Zsuzsa Marlok 2020, Mitteilung per E-Mail am 9.4.2020). Die Videotreffen finden zum Originalzeitpunkt des Treffens statt. Die Gruppenteilnehmer sind sowohl PatientInnen als auch AusbildungskandidatInnen im Psychodrama. Es gibt in jeder Gruppe einige Mitglieder, die in dieser Zeit schwer allein sein können. Das Gruppengespräch besteht vor allem aus einer Befindlichkeitsrunde zu der Selbstregulation in der Corona-Krise: „Wie geht es mir in dieser Krisen-Situation“. Die Gruppenmitglieder sind meistens sehr dankbar für die Möglichkeit, sich auszutauschen und Solidarität zu praktizieren. Sie schöpfen aus dem Halt in der Gruppe Kraft.

Ich schlage vor, in solchen Videogruppen *zusätzlich* auch das im Kapitel 4 beschriebene störungsspezifische Vorgehen mit potenziell traumatischen Erlebnissen in der Corona-Krise anzuwenden. Man kann in Videotherapiegruppen aber auch protagonistenzentriert arbeiten. Dazu bieten sich an:

1. die systemische Aufstellung der Familiendynamik (siehe Kap. 5.4)
2. der psychodramatische Dialog mit seinen sechs Schritten
3. Die Leiterin oder Therapeutin kann den Gruppenteilnehmern per Video auch die psychodramatische Selbstsupervision beibringen. Jedes Gruppenmitglied übt diese bis zur nächsten Sitzung. Die Teilnehmer tauschen in der folgenden Sitzung ihre Erfahrungen damit aus.

## **7 Supervision per Video mit dem psychodramatischen Dialog**

TherapeutInnen und BeraterInnen stellen in der Supervision Probleme mit ihren PatientInnen oder KlientInnen vor. Die Probleme haben zu einer mehr oder weniger starken Störung in der Beziehung zwischen der Therapeutin und ihrem Patienten geführt. Die Therapeutin ist durch diese Beziehungsstörung in ihrer Arbeit innerlich mehr oder weniger stark blockiert.

**Zentraler Gedanke:** *Die Arbeit an Störungen in der therapeutischen Beziehung hat im Psychodrama Vorrang vor technischen Überlegungen. Denn die Therapeutin identifiziert sich bei der psychodramatischen Arbeit gleichsam als Doppelgängerin mit der inneren Konfliktverarbeitung des Patienten und verwirklicht die Werkzeuge seiner inneren Konfliktverarbeitung außen als Psychodramatechniken (Krüger 2015, S. 29 ff.). Wenn die therapeutische Beziehung gestört ist, kann die Therapeutin dem Prozess der Konfliktverarbeitung des Patienten aber als Doppelgängerin nicht mehr frei folgen. Das behindert die Therapeutin dabei, die Psychodramatechniken frei einzusetzen. Sie kann dann ihre sonst vorhandenen therapeutischen Fähigkeiten als Psychodramatikerin nicht mehr voll nutzen. Je schwieriger der Patient ist, desto eher treten solche Blockaden in der therapeutischen Beziehung ein.*

Ich vermeide es in der Supervision deshalb inzwischen, mir von einem Supervisanden seinen Fall *lange verbal* beschreiben zu lassen. Denn das *Herz jeder Supervision* für die psychodramatische Arbeit ist die Arbeit an der blockierten therapeutischen Beziehung. Störungen in Beziehungen werden im Psychodrama störungsspezifische mit dem psychodramatischen Dialog mit Rollentausch aufgelöst. Das gilt auch für Störungen in der therapeutischen Beziehung. Der Supervisand wird durch den psychodramatischen Dialog mit Rollentausch wieder spontan im Sinne von Moreno. Die Auflösung der Blockade in der therapeutischen Beziehung ist auch die Voraussetzung dafür, dass der Supervisand Fragen des technischen Vorgehens fruchtbar besprechen kann.

**Empfehlung:** *Ich empfehle für die Arbeit mit dem psychodramatischen Dialog in der Supervision, sich an dem Konzept der psychodramatischen Selbstsupervision zu orientieren. Die Schritte 1-12 (Krüger 2015, S.36 ff.) helfen der Therapeutin, eine unbewusste Identifikation oder Gegenidentifikation aufzulösen. Die darauf aufbauenden Schritte 13-17 (Krüger 2020, S. 49 ff.) machen es möglich, starre Abwehrmuster der Patienten zu erfassen und zum Gegenstand der therapeutischen Kommunikation zu machen.*

### **8.1 Einzelsupervision per Video**

**Fallbeispiel 8:** *Der Supervisor fordert die Supervisandin auf, drei Meter entfernt quer zur Blickrichtung ihrer Kamera in ihrem Zimmer zwei Stühle aufzustellen. Diese stehen sich im Abstand von zwei Metern gegenüber. Der eine repräsentiert die Supervisandin selbst, der andere ihren Patienten. Die Supervisandin dieses Fallbeispiels führte anschließend einen fiktiven psychodramatischen Dialog mit ihrem Patienten mit Rollentausch wie in der psychodramatischen Selbstsupervision. Der Supervisor intervenierte per Video ganz so wie sonst auch:*

1. *Er forderte die Supervisandin häufig zum Rollentausch auf.*
2. *Er fragte sie, wie sie den „Patienten“ wahrnahm,*
3. *wie sie sich in ihrer eigenen Rolle fühlte,*
4. *wie sie sich in der Rolle des Patienten gerade fühlte usw.*
5. *Der Supervisor nahm an dem fiktiven Dialog der Supervisandin durch den Bildschirm hindurch aus der Metaperspektive heraus teil. Dabei nahm er wahr: Der „Patient“ erwartete von der Therapeutin als ihr Fan grandiose Leistungen. Je mehr sie leisten würde, desto besser. Die Supervisandin konnte jetzt seine Erwartungen aber nicht mehr erfüllen. Sie fühlte sich dadurch schlecht und hatte das Gefühl, zu versagen. Sie reagierte auf ihr Gefühl der Resignation und Hilflosigkeit mit Ärger. Sie versuchte aber, den Ärger dem „Patienten“ gegenüber nicht zu agieren und spaltete ihre eigenen Gefühle ab. Damit agierte sie aber die gleiche Abwehr wie der Patient selbst. Denn das war sein Problem! Durch die gemeinsame Abspaltung und Verleugnung der je eigenen Gefühle trat in der therapeutischen Beziehung eine Blockade auf.*
6. *Der Supervisor fragte die Therapeutin per Skype, ob er einmal an ihrer Stelle etwas anderes probieren dürfe (5. Schritt im psychodramatischen Dialog, Krüger 2020, S. 49ff.). Sie stimmte zu.*
7. *Er forderte die Supervisandin auf, sich in ihrem Therapiezimmer auf den Stuhl ihres „Patienten“ zu setzen. Er selbst stellte sich durch den Bildschirm hindurch vor, dass er in ihrem Therapiezimmer auf ihrem Stuhl als Therapeutin sitzt. Er sprach in der Ich-Form in ihrer Rolle: „Ich mag nicht, wenn Sie nach der Gruppensitzung jedes Mal zu mir kommen und mich noch einzeln etwas fragen. Ich bin dann erschöpft. Stellen Sie mir Ihre Frage bitte direkt innerhalb der Gruppensitzung!“*
8. *Die Supervisandin antwortete in ihrem Therapiezimmer in der Rolle des „Patienten“: „Ich bewundere Sie, dass sie es wagen, mir einfach ihre negativen Gefühle zu sagen! Ich könnte das nie.“*
9. *Der Supervisor als Doppelgänger der Supervisandin: „Bitte stellen Sie doch Ihre Frage schon immer am Ende der Gruppensitzung!“ „Patient“: „Dann würde ich die anderen aber stören!“ „Therapeutin“: „Ja, Sie würden stören. Sie würden dann ein wenig egoistisch handeln und ihrem eigenen Bedürfnis folgen. Sie würden damit aber etwas Anderes machen als sonst. Sie würden nicht wie sonst immer die Erwartungen der anderen erfüllen.“*
10. *Der Supervisor schloss per Internet als „Therapeutin“ stellvertretend mit dem „Patienten“ (gespielt von der Supervisandin) einen Vertrag (6. Schritt des psychodramatischen Dialogs). Der „Patient“ sollte versuchen, in der nächsten Gruppensitzung seine Frage direkt am Ende der Gruppensitzung zu stellen. Wenn er das nicht schaffte, sollte er sehr genau darauf achten, was er bei seinem alten Verhalten erlebte. Er sollte dann überlegen, warum das für ihn die beste Lösung ist.*

11. Der Supervisor besprach die gemeinsame Arbeit mit der Supervisandin per Video nach. Er schlug ihr dabei vor: „Wenn der Patient es nicht schafft, sich neu zu verhalten, sagen Sie ihm in der Einzelsitzung, die Sie schon verabredet haben: ‚Sie haben Angst, die anderen in der Gruppe mit ihrer Frage zu stören. Wer in der Gruppe ist eigentlich derjenige, von dem Sie glauben, dass er am ehesten von Ihnen genervt wäre?‘ Der Patient soll dann in der Einzelsitzung mit dieser Person einen fiktiven psychodramatischen Dialog führen, bei Bedarf mit allen sechs Schritten.“ Es gelang in dieser Supervision per Internet, die interpersonelle Dynamik in der therapeutischen Beziehung herauszuarbeiten: Der Patient wehrte ab durch Idealisierung der Therapeutin und verpflichtete sie dadurch latent, sich seinen Tabus anzupassen. Die Gegenübertragung der Therapeutin konnte in der Supervision per Internet benannt und aufgelöst werden.

12. Der Supervisor ließ der Supervisandin zusätzlich noch eine Alternative für das therapeutische Vorgehen erarbeiten. Er ließ die Therapeutin mit den Schritten 13-17 der psychodramatischen Selbstsupervision (Krüger 2020, S. 49 ff., siehe unten im Anhang) das dominante starre Abwehrmuster des Patienten bestimmen, das die Störung in der therapeutischen Beziehung hervorrief. Die Therapeutin nannte „den Selbstschutz durch Anpassung“. Der Supervisor trat ein zweites Mal in der Rolle der Therapeutin per Video mit in den psychodramatischen Dialog mit dem „Patienten“ ein. Die Therapeutin übernahm wieder die Rolle ihres Patienten. Er stellte neben den Stuhl des „Patienten“ in der Therapiesituation einen zweiten Stuhl „für seinen Selbstschutz durch Anpassung“. Die Supervisandin merkte in der Rolle des Patienten: Der Patient ist durchaus in der Lage, auf ein solches Vorgehen angemessen zu antworten und davon zu profitieren. Die Therapeutin fühlte sich nach der Supervision entspannt und wieder neugierig auf ihren Patienten.

Eine Einzelsupervision per Video ist meiner Erfahrung nach erstaunlich intensiv und ergiebig. Die Begegnung zwischen dem Supervisor und der Supervisandin oder dem Supervisanden scheint mir in der virtuellen Begegnung fast intimer zu sein als in der realen Begegnung in den Räumen einer Praxis. Selbsterfahrungsanteile an dem Problem mit dem Patienten werden leichter sichtbar und können *prozessual* benannt werden.

## 8.2 Gruppensupervision per Video

Supervisionsgruppen können sich in den Zeiten der Kontaktverbote durch die Corona-Krise nicht weiter regelmäßig treffen. Ein Ersatz sind Dreier- oder Vierer-Gruppen per Video. Ich gehe bei solchen Gruppen technisch ähnlich vor wie in der Einzelsupervision. Ein Protagonist arbeitet an seinem Fall mithilfe des psychodramatischen Dialogs mit Rollentausch und nutzt dabei die 17 Schritte des psychodramatischen Selbstsupervision. Die anderen Gruppenmitglieder beteiligen sich passend. Sie geben eventuell ein Sharing. Sie teilen mit, was der psychodramatische Dialog des Supervisanden in ihnen gefühlsmäßig auslöst. Sie übernehmen bei Bedarf als Doppelgänger per Video die Rolle des Protagonisten in seinem psychodramatischen Dialog mit seinem Patienten und erproben ein alternatives therapeutisches Vorgehen. Der Protagonist geht dabei in die Rolle seines Patienten und erkundet aus seinem konkreten Erleben in dessen Rolle heraus, ob das Vorgehen des Gruppenmitglieds für ihn als Patienten hilfreich ist und warum.

**Fallbeispiel 9:** Die Supervision per Video eröffnet mir als Ausbildungsleiter und Supervisor in Psychodrama überraschend ganz neue Möglichkeiten. Ich hatte zum Beispiel vor kurzem drei PsychotherapeutInnen zu einer Supervisionsgruppe per Skype zusammengeschaltet, eine Psychiaterin aus Luxemburg, einen Psychologen aus der Schweiz und eine Psychologin aus Ungarn, die auch Deutsch spricht. Alle drei benutzen in ihrer Arbeit Psychodrama. Der Termin war am Sonntag 120 Minuten lang von 10-12 Uhr, also zu einer Zeit, in der der Alltagsstress die Konzentration der TeilnehmerInnen wenig behindert. Die gemeinsame

*Arbeit war für mich aufregend und intensiv. Wir haben vereinbart, die Supervisionsgruppe per Skype eine Zeit lang etwa alle 6 Wochen fortzusetzen.*

### **9 Fragen für die psychodramatische Arbeit über das Internet**

1. Was ist anders bei der Videotherapie von *neuen Patienten*, die man als Therapeutin noch nicht persönlich gesprochen hat?
2. Macht es einen Unterschied für den Patienten, wenn er nur ein Smartphone hat und sein Bildschirm also sehr klein ist? Und wenn ja, was ist der Unterschied?
3. Macht es einen Unterschied, ob die *Therapeutin/Supervisorin* auf der Tischbühne dem Patienten/Supervisanden etwas vorspielt oder ob *der Patient/Supervisand selbst* auf seinem Tisch mit Steinen und Holzklötzen einen Szenenaufbau macht und das Konfliktgeschehen nachvollzieht?
4. Der PC und der Bildschirm steht oft in den privaten Räumen bei der Therapeutin oder Beraterin zu Hause. Verändert die fehlende räumliche Distanz zwischen Privaträumen und Praxisräumen das Handeln der Therapeutin in der Beziehung zu dem Patienten oder Klienten?

### **10 Aufforderung zum Austausch und zur Kooperation**

Die Corona-Epidemie und die daraus folgenden aktuellen Ausgangsbeschränkungen oder Kontaktverbote behindern TherapeutInnen und BeraterInnen in ihrer Arbeit und schaden eventuell ihren PatientInnen und KlientInnen. Ich habe mich deshalb entschieden, meine Ideen und Erfahrungen für die Videoarbeit mit Psychodrama denen, die daran interessiert sind, schon *vor der Veröffentlichung* zur Verfügung zu stellen. Ich würde mich freuen, wenn Sie als Leserin oder Leser mir auch Ihre Erfahrungen in der Videotherapie oder -beratung mitteilen würden. Vielleicht kommen wir so in einen Austausch. Solidarität und Kooperation kann in einer Krise helfen, diese zu meistern. Meine E-Mail ist: [krueger.reinhard@htp-tel.de](mailto:krueger.reinhard@htp-tel.de), Telefon : 0049-(0)511/731668

### **11 Literatur**

Krüger, Reinhard T. (2015). Störungsspezifische Psychodramatherapie. Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Krüger, Reinhard T. (2020, zweite überarbeitete Auflage). Störungsspezifische Psychodramatherapie. Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Moreno, J.L. (1974). Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft (3. Auflage). Opladen: Westdeutscher Verlag.

## **12 Anhänge**

### **12.1 Die 12 Schritte der „Psychodramatischen Selbstsupervision“**

Krüger, R. T. (2015). Störungsspezifische Psychodramatherapie – Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 37ff.

Vollziehen Sie bei der psychodramatischen Selbstsupervision die folgenden 12 Schritte:

1. Suchen Sie sich einen Raum, in dem sie allein und ungestört sind.

2. Stellen Sie für Ihren Konfliktpartner oder den problematischen Patienten einen leeren Stuhl vor sich hin und imaginieren Sie den Konfliktpartner darauf sitzend.
3. Der dann folgende psychodramatische Dialog soll ein *rein fiktives Gespräch* sein. Sprechen Sie also *über die Realität hinaus* Ihrem Konfliktpartner gegenüber *alles aus, was Sie denken und fühlen*. Hauen Sie alles heraus! Verhalten Sie sich also zum Beispiel als Therapeutin Ihrem „Patienten“ gegenüber *nicht therapeutisch*, sondern muten Sie sich ihm im psychodramatischen Dialog authentisch und frei zu, auch wenn Sie ihn in der realen Begegnung durch ein solches Verhalten eventuell verletzen würden. Sie werden Ihren Konfliktpartner dadurch *nicht real kränken*, weil dieser sich *in Wirklichkeit* ja gerade ganz woanders aufhält.
4. Blicken Sie zu dem leeren Stuhl des Konfliktpartners hin, legen Sie fest, was dieser *ganzheitlich ausstrahlt*, und stellen sie sich vor, welche *Körperhaltung* dieser auf dem anderen Stuhl einnimmt.
5. Was löst der Anblick Ihres Konfliktpartners in Ihnen *gefühlsmäßig* aus? Teilen Sie ihm verbal mit, was Sie fühlen.
6. Antworten Sie im Rollentausch *in der Rolle des Konfliktpartners* so, wie Sie glauben, dass Ihr Konfliktpartner antworten *würde*. Achten Sie darauf, dass Sie dabei auch wirklich *die Körperhaltung* des Konfliktpartners einnehmen. Denn nur so kommen Sie in die Rolle Ihres Konfliktpartners hinein. Sie können diese Feststellung überprüfen: Nehmen Sie versuchsweise auf dem Stuhl Ihres Konfliktpartners eine *ganz andere Haltung* ein, zum Beispiel eine sehr lässige oder eine sehr aufrechte. Sie werden merken, dass eine andere Körperhaltung in Ihnen *leiblich-seelisch* ein anderes Denken und Fühlen aktiviert. Es geht bei Ihrem Spiel in der Rolle Ihres Konfliktpartners bitte nicht darum, dass Sie lernen, sich in diesen besser einzufühlen, sondern darum, dass Sie erkennen, wie dieser tickt!
7. Reden Sie bitte in jeder der beiden Rollen *laut*.
8. Achten Sie darauf, während des fiktiven Gesprächs *häufig die Rollen zu tauschen*. Denn wenn Sie Ihrem Konfliktgegner vieles *nacheinander ohne Rollentausch* sagen, können Sie in der Rolle des anderen *nicht mehr auf jede Mitteilung einzeln* reagieren.
9. Spüren Sie *in ihrer eigenen Rolle* immer wieder nach, was Sie *leiblich-seelisch fühlen* und benennen Sie innerlich *Ihren Affekt*. Verwechseln Sie dabei bitte nicht Ihr *Fühlen* mit dem, was Sie nur *denken*. Sprechen Sie Ihre Gefühle Ihrem Konfliktpartner gegenüber während des Dialogs *immer wieder* offen aus.
10. Spüren Sie mindestens einmal im Rollentausch *auch in der Rolle Ihres Konfliktpartners* nach, was Sie leiblich-seelisch *fühlen*, und benennen Sie Ihren Affekt in seiner Rolle. Lassen Sie dabei alle Interpretationen weg. Interpretationen würden Sie nur hindern, Ihr leiblich-seelisches Erleben in seiner Rolle unmittelbar zu erfassen.
11. Beenden Sie den Dialog, wenn Sie intuitiv spüren: „Ich habe verstanden, um was es geht!“ Oder wenn Sie nach 15 bis 20 Minuten merken: „Weiter komme ich jetzt nicht.“
12. Am Ende des psychodramatischen Dialogs schreiben Sie *bitte sofort* auf ein Blatt Papier Ihre Antworten auf die folgenden Fragen auf: „Was habe ich *vor dem Spiel* in der Beziehung gefühlt und über den anderen gedacht?“ „Was war *jetzt hier in dem Spiel* in meinem konkreten Erleben für mich neu, was wusste ich vorher nicht?“ „Was wurde mir *in dem Spiel* deutlicher, als es vorher war?“ Es ist wichtig, dass Sie Ihre Antworten *sofort* notieren! Denn Sie vergessen



Ihre *neuen* Erfahrungen im Spiel sonst innerhalb weniger Stunden. Schon scheinbar *kleine* neue Erfahrungen können aber für Ihre Konfliktverarbeitung von *großer* Bedeutung sein

Psychodramatische Selbstsupervision nach diesen Vorgaben führt in 80-90 Prozent der Konflikte *innerhalb von nur 10-20 Minuten* zu neuen Erkenntnissen und zu einer inneren Entspannung. Sie erweitert Ihr *inneres Bild* der Beziehung mit Ihrem Konfliktpartner und verändert deshalb in der nächsten *realen* Begegnung mit Ihrem Konfliktpartner *auch Ihr äußeres Handeln*.

## **12.2 Die Schritte 13-17 der psychodramatischen Selbstsupervision**

(Krüger, R. T. (2020, S. 49 ff.). Störungsspezifische Psychodramatherapie – Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (etwas verändert)

*In Einzeltherapien* können TherapeutInnen bei Störungen in der therapeutischen Beziehung durch psychodramatische Selbstsupervision etwa 40 Prozent ihrer Fälle ohne Hilfe durch eine Supervisorin oder einen Supervisor lösen. In weiteren 50 Prozent der Fälle gelangen sie zu einer neuen Erkenntnis, oder es wird ihnen etwas deutlicher, aber ihr innerer Spannungszustand und ihr negativer Affekt in der Beziehung zu dem Patienten verringern sich nicht wirklich. Das ist ein diagnostischer Hinweis darauf, dass der negative Affekt *eine angemessene Reaktion der Therapeutin* auf Spaltungsvorgänge in der Selbstorganisation des Patienten ist: Der Patient delegiert durch sein Agieren *in der therapeutischen Beziehung* eventuell einen abgespaltenen Selbstanteil auf die Therapeutin. Das löst bei ihr reaktiv den negativen Affekt aus. Die Therapeutin kann in einem solchen Fall versuchen, in der Selbstsupervision mit den folgenden *fünf zusätzlichen Schritten* die Störung in der therapeutischen Beziehung doch noch aufzulösen):

13. Die Therapeutin vollzieht innerlich einen Paradigmenwechsel und zentriert ihre Aufmerksamkeit nicht mehr auf den Patienten, sondern auf sich selbst. Sie gibt ihrer eigenen Störung in der Beziehung Berechtigung. 13

14. Sie erinnert sich daran, wie sie sich *vor den 12 Schritten der Selbstsupervision* dem Patienten gegenüber gefühlt hatte. Sie benennt ihren damaligen eigenen inneren Affekt, zum Beispiel: „Ich habe Angst gehabt, war ärgerlich, ohnmächtig, verwirrt“ o.a.

15. Sie erfasst, *mit welchem konkreten Verhalten* der Patient bei ihr diesen negativen Affekt ausgelöst hatte. Dabei zentriert sie ihre Aufmerksamkeit *nicht auf die Inhalte* seiner Mitteilungen, sondern auf den *metakognitiven Prozess*, mit dem der Patient diese Inhalte produziert hatte. Sie erfasst also zum Beispiel *nicht die Inhalte* seiner Selbstentwertung („Das ist bei mir immer so! Ich nehme mich dann zurück. Ich kann das nicht anders!“). Stattdessen zentriert sie ihre Aufmerksamkeit auf den von ihm agierten *dysfunktionalen metakognitiven Prozess*, in diesem Fall den Prozess des „selbstverletzenden Denkens“ und antwortet: „Ich nenne das selbstverletzende Denken, was Sie mit sich machen. In Ihnen gibt es eine selbstentwertende Stimme, die zu Ihnen sagt: 'Was? Du hast einen eigenen Willen? Schäm Dich! Du bist rücksichtslos und egoistisch! Komm, verschwinde! Dich will hier niemand!'“

16. *In der weiteren Selbstsupervision* repräsentiert die Therapeutin das selbstverletzende Denken des „Patienten“ nach dem Prinzip „Aller Schiet muss raus!“ als zweiten Stuhl ihm *gegenüber*. Es gibt auch andere dysfunktionale Ich-Zustände, die der Patient vielleicht agiert: das „Selbstschutzverhalten durch Anpassung oder durch Grandiosität“, „sein inneres traumatisiertes oder verlassenes Kind“, „sein inneres wütendes Kind“, sein „traumatisiertes

Ich“ oder sein „süchtiges Denken und Fühlen“. In einem solchen Fall symbolisiert die Therapeutin diesen *anderen* dysfunktionalen Ich-Zustand als *zweiten Stuhl neben dem Patienten*. Bei einem Verdacht auf eine *Borderline-Organisation* des Patienten stellt die Therapeutin neben ihn einen zweiten Stuhl auf für seine „anhänglich bedürftige Seite“, wenn er gerade autoritär und willkürlich agiert, oder einen zweiten Stuhl für seine konträre „autoritär willkürliche Seite“, wenn er gerade seine bedürftige Seite lebt.

17. In der *Fortsetzung der Selbstsupervision* verschiebt die Therapeutin im Rollentausch in beiden Rollen *innerlich* das dysfunktionale Agieren des Patienten immer wieder *auf den zweiten Stuhl*, der außen im Zimmer seinen dysfunktionalen Ich-Zustand repräsentiert. Wenn sich durch diese Arbeit der innere Spannungszustand und der negative Affekt der Therapeutin gegenüber ihrem „Patienten“ auflösen, ist das ein diagnostisches Zeichen dafür, dass der Patient an einer Persönlichkeitsstörung oder/und an einem starren Abwehrsystem leidet.

Die Therapeutin kann mit der psychodramatischen Selbstsupervision auch *therapeutische Interventionen erproben*. Zum Beispiel sollte sie, wenn sich das Problem in der therapeutischen Beziehung durch die Schritte 13-17 der Selbstsupervision auflöst, diese Schritte *auch real als Interventionstechniken in der Therapie des Patienten* einsetzen. Sie kann in der Selbstsupervision *auch andere therapeutische Interventionen versuchsweise erproben*. Auch bei der psychodramatischen Selbstsupervision *für private Konflikte* können die Schritte 13-17 der Selbstsupervision hilfreich sein. Wenn ein Konfliktpartner in Konflikten ein bestimmtes Abwehrmuster agiert, und das tun viele Menschen, repräsentiert die Betroffene dieses Abwehrmusters in der Selbstsupervision mit einem zusätzlichen zweiten Stuhl für den Konfliktpartner: zum Beispiel einem Stuhl für seinen Selbstschutz durch Grandiosität oder sein selbstverletzendes Denken. Das entspannt die Beziehung. Die Betroffene kann den Konfliktpartner eher so akzeptieren, wie dieser von seinem Charakter her ist. Beide begegnen sich auf Augenhöhe. Die Kooperation verbessert sich.

**12.3 Anhang:** Zertifizierte, datensichere Anbieter für Videosprechstunden, siehe Extraanhang